TOM X. ZESZYT 2.

Polski Przegląd Oto-Laryngologiczny

ORGAN POLSKIEGO TWA OTO-LARYNGOLOGICZNEGO

WYCHODZI ZESZYTAMI, CZTERY ZESZYTY ROCZNIE, PRZY WSPÓŁUDZIALE

Adres Redakcji i Administracji: Wilno, Klinika Otolaryn. Tel. 74

Konto P. K. O. Tow. Otolaryngologicznego w Warszawie 5033.
Pol. Przeg. Otol. — 80818.

Cena pojedyńczego zeszytu 5 złotych.
„ podwójnego „ 10 „

Rękopisy nadesłane do Redakcji muszą być odbite na maszynie.

TOW. WYD. „POGOŃ". DRUK. „PAX". WILNO. ŚW IGNACEGO Nr. 5.

TOM X. ZESZYT 2

POLSKI PRZEGLĄD OTO-LARYNGOLOGICZNY

Z Kliniki Oto - rhino - laryngologicznej U. J. w Krakowie.
Kierownik prof. dr. med. *Aleksander Baurowicz.*

D-r med. JAN MIODOŃSKI asyst. kliniki.

O ropniach mózgowych i móżdżkowych pochodzenia usznego.

Na podstawie materjałów kliniki od 1928—1932 r.

Ropień mózgowia jest najrzadszem powikłaniem śródczaszkowem wychodzącem ze schorzałego ucha. Dzięki temu, że powikłanie to jest najrzadsze, a obraz tego powikłania najbardziej zawiły, klinika ropni pochodzenia usznego jest najmniej posunięta. Ropień mózgowy, a zwłaszcza móżdżkowy, będąc ostatnim ogniwem w łańcuchu powikłań usznych, znajduje się niejako na szczycie drzewa genealogicznego. Nieraz też doszukanie się jego wśród bardziej zwracających na siebie uwagę antecedentów bywa bardzo trudne. Trudny częstokroć dla rozpoznania, niemniej trudny a i niewdzięczny bywa w leczeniu. Mnogość sposobów leczenia, jakie się tutaj poleca, świadczy nie tylko o potrzebie indywidualnego traktowania, ale i o małej skuteczności polecanych sposobów. Poniżej chcę przedstawić całkowity materjał ropni z tego okresu, w którem traktowane były według tych samych zasad. Obok szkicowego wyciągu z historji choroby, któryby pozwalał wżyć się nieco w dany przypadek, będę starał się omawiać takie szczegóły danego przypadku, które mają bądź praktyczne znaczenie, bądź są teoretycznie ciekawe.

A. Ropnie mózgowe.

1) C. J. l 13, przyjęta 27.II. 28r.

Zgłasza się z powodu bólów w okolicy lewego ucha. W r. z. szkarlatyna. Od tego czasu wyciek z ucha lewego. Czasem ustawał na kilka miesięcy zupełnie. Przed 3 tygodniami angina, przy której wyciek wzmógł się znacznie, pojawiły się silne bóle w uchu i za uchem, jak nigdy dotąd. Od tygodnia bóle w całej głowie, nie śpi,

brak apetytu, ostatnio ponudzania, temperatury bywają do 38^0. Chorą razi wszelki hałas, stała się drażliwa, chwilami znów zupełnie obojętna, zapytywana odpowiada rzeczowo.

Chora przychodzi do ambulatorjum o własnych siłach. Badanie ambulatoryjne uszu wykazuje:

Przewód słuchowy lewy wypełniony ropą, po oczyszczeniu widoczne w głębi masy ziarniny, okolica wyrostka na wygląd niezmieniona, planum mastoideum na ucisk bolesne. Ucho prawe wziernikowo bez zmian. Nos, jama nosowo-gardłowa b. zm. Temperatura ranna 37,3^0.

Słuch w prawem zdaje się być w normie, w lewem +. Przegięcie głowy ku przodowi bolesne. Przyjęta.

Badanie ogólne: budowa prawidłowa, odżywienie podupadłe, temp. 37,8^0, tętno 96/min., dobrze napięte, płuca, serce b. zm. w moczu ślad białka. Słuch w prawem 8 m. szeptu, w lewem do $1^1/_2$ m. W. w lewo, przetokowy pneumatyczny ujemny, cieplikowo +, wydzielina z ucha lewego bardzo obfita.

Neurologicznie: tkliwość opukowa czaszki okolicy skroniowej lewej, nerwy czaszkowe bez zmian. Odruchy ścięgniste kończyn górnych i dolnych ogólnie żywe. Odruch kolanowy prawy może nieco żywszy. W dziedzinie czucia zaburzeń nie stwierdza się. Dermografizm + +. Sztywność karku lekko zaznaczona. Odruchów patologicznych nie stwierdza się.

Nakłucie lędźwiowe: dopuszczono 5 cm^3 żywo wypływającego płynu; płyn wodojasny, pleocytoza 35 w 1mm^3 z przewagą leukocytów. Pandy +.

W uśpieniu eterowem wykonano zabieg doszczętny, ponad tegmen tympani et mastoidei znaleziono ropień nadoponowy. Opona twarda zgrubiała, na powierzchni opuszki palca pokryta grubą ziarniną. Na tem zabieg ukończono.

28.II bóle głowy silne, głównie w czole, temperatura wieczorna 37^0, w ciągu dnia parokrotne wymioty, tętno około 90/min.

29.II chora więcej apatyczna, zapytywana n. p. o ból głowy nie odpowiada, lecz po chwili wskazuje na czoło. Temperatura wieczorna 38,7^0. Źrenica lewa nieco węższa niż prawa. Granice tarczy lewej nieco zatarte. Pleocytoza 300 w 1 mm^3.

1.III Płyn z pierwszej punkcji okazał się jałowy. Odruch kolanowy prawy niewątpliwie żywszy niż lewy, podobnie Achillesowy. Babiński po prawej +. Przy rękach uniesionych do góry ręka prawa widocznie się chwieje. Chora apatyczna, twarz przybiera chwilami

grymas bólu. Zapytywana daje po chwili krótkie nie zawsze trafne odpowiedzi. Niektóre ze wskazywanych przedmiotów nazywa dobrze, nazwy innych nie może sobie przypomnieć. Wskazanego zegarka nie umie nazwać; po obmacaniu tegoż określa go przez słowa „patrzy się“.

Wobec powyższego obrazu przystąpiono do poszukiwania za ropniem. Oponę twardą w miejscu pokrytem ziarniną nacięto. Przez powstałą szczelinę długości około 1.5 cm. mózg wypukla się silnie. Wprowadzono grubą, stępioną igłę, w głębokości około 1 cm. wyczuwa się lekki lecz wyraźny zupełnie, elastyczny opór. Po pokonaniu tegoż igła grąży się dalej bez przeszkody. W głębokości 2 cm. zatrzymano się; przy aspiracji dobyto gęstą żółtą ropę. Wzdłuż igły wprowadzono nóż. Pojawia się najpierw cienka czekoladowa ciecz, w której widoczne są strzępy tkanki. Po wprowadzeniu korncangi wypływa żółta gęsta ciągnąca się ropa, wyrzucana pod koniec w rytmie tętna. Założono gruby dren gumowy otulony setonami. Zmiana opatrunku co 24 godzin. Początkowo poczucie lepsze, w 3 dniu chora senna, tętno 62/min., przy temperaturze 37,4^0, objawy afazji wzrosły. Usunięto dren za którym pojawiła się obfita ropa, setonage bez drenu.

5.III. Samopoczucie lepsze, mowa nieco swobodniejsza, temperatura najwyższa 37^0, tętno 90/min. Z ropy wyhodowano gronkowca złocistego.

9.III. Zaznacza się wargowaty prolaps tkanki mózgowej.

10.III. Temperatura rano 38,2^0, ból głowy, wymioty, prolaps urósł znacznie, ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego wyraźnie wzmożone, pleocytoza 420 w 1 mm^3.

15.III. Chora silnie zamroczona, prolaps ciągle narasta, ptoza i mioza lewostronna wzrosły, podczas opatrunku wypływa z jamy ropnia niewiele wydzieliny ropiastej oraz obfita krwawa masa rozmiękłej substancji mózgowej.

21.III. Temperatura 40,2^0, oddech przerywany, exitus.

Na obdukcji: granice ropnia nigdzie nie zaznaczone wyraźnie, rozległe zmiany encephalityczne docierają do tylnego rożka komory bocznej lewej.

Ropień nadoponowy, brak afazji, przy lewostronnem schorzeniu, małe różnice w odruchach, skłoniły do ukończenia zabiegu na odsłonięciu opony twardej w granicach zdrowych. Dopiero pojawienie się

afazji skłoniło przy równoczesnem narastaniu innych objawów neurologicznych do poszukiwania za ropniem. Skłonność do poszukiwania za afazją przy sprawie lewostronnej spowodowała odwleczenie zabiegu conajmniej o 24 godziny, wtedy jeszcze gdy przy analogicznych objawach lecz przy schorzeniu prawostronnem decyzja do punkcji mózgowej zapadłaby wcześniej.

2) Z. M. lat 28, żona rolnika.

Przeniesiona z Kliniki neurologicznej 5.III.28 r.

Wywiady dotyczące choroby obecnej:

9.IX.27 roku została uderzona kołkiem w głowę tuż nad czołem po stronie lewej. Straciła natychmiast przytomność na 5 godzin. Krwotok z nosa, krwawe wymioty. Po odzyskaniu przytomności mówiła i słyszała dobrze, upośledzenia ruchów w obrębie kończyn nie zauważono. Od 9.IX do 27.XII przebywa w szpitalu w Tarnowie. Tamże stwierdzono ranę tłuczoną okolicy ciemieniowej lewej 3 × 5 cm, podbiegnięcie krwawe powiek oraz pęknięcie błony bębenkowej prawej. Później pojawił się wyciek ropny z prawego ucha. Szpital opuściła z poprawą.

12.I.28 r. przywieziono chorą ponownie do szpitala w Tarnowie z powodu gwałtownych bólów głowy i wymiotów.

16.I przewieziona na Klinikę neurologiczną w Krakowie.

Stan obecny z tegoż czasu: budowa prawidłowa, odżywienie podupadłe. Po stronie lewej ponad czołem wyczuwa się znaczne zagłębienie w kości. Czaszka na opuk bolesna, zwłaszcza w okolicy skroniowej i czołowej prawej. Żrenice równe, okrągłe, szerokie, reakcja na światło i przystosowanie bardzo słaba. Ruchy gałek prawidłowe. Stan spastyczny w zakresie muskulatury prawej połowy twarzy, zresztą w zakresie nerwów czaszkowych badanie neurologiczne nie wykrywa innych nieprawidłowości. Odruchy okostnowe i ścięgniste kończyn górnych miernie żywe, jednakowe po obu stronach. Siła, tonus, ruchy czynne i bierne kończyn górnych prawidłowe. Odruchy kolanowe i Achillesowe bardzo żywe, klonus stopowy po obu stronach. Po lewej zaznaczony Babiński i Oppenheim.

W dziedzinie czucia zaburzeń nie stwierdza się.

Co do czasu i otoczenia orjentuje się niedokładnie, zwolnienie biegu myśli, senna, przymroczona. Okulistycznie oedema pap. n. op. oculi utr.

28.I.28 r. leukocytoza 8,400, mocz prawidłowy, zdjęcia roentgenowskie wykazują na podstawie czaszki długą rysę biegnącą od foramen occipitale magnum do ala parva ossis sphen., nieco na prawo

od płaszczyzny strzałkowej, równolegle do niej. Płyn mózgo-rdzeniowy przejrzysty, ciśnienie niewzmożone, odczyn Wassermanna z płynu ujemny, Nonne Apelt — 1/16+, pleocytoza 18, Wassermann z krwi ujemny.

27.I. Paresis n. VII dextr., źrenica prawa bardzo silnie rozszerzona nie reaguje na światło. Gałka oczna prawa do kąta wewnętrznego nie dochodzi.

28.I ruchy gałki ocznej prawej ku górze ku dołowi i ku wewnątrz bardzo słabo zaznaczone.

30.I po zbadaniu przez chirurga przeniesiona na Klinikę chirurgiczną. W czasie pobytu na klinice neurologicznej temperatura wznosiła się tylko dwukrotnie do 37.3^0, poza tem niżej 37.^{0}. Tętno w granicach od 66 do 72, miarowe, miernie napięte.

Od 30.I do 10.II przebywa w Klinice chirurgicznej.

11.II przeniesiona na Klinikę neurologiczną celem dalszej obserwacji.

Punkcja lędźwiowa: pleocytoza 55, Nonne Apelt silnie dodatni (1/32+) białka 1.6. Oedema papillae bez zmian.

1.III z ucha prawego pojawia się dość obfity wyciek ropny. Chorą poddano badaniu otjatrycznemu. Przewód zewnętrzny ucha prawego założony gęstą wydzieliną ropną oraz masami złuszczonego nabłonka. Po oczyszczeniu stwierdza się macerację przewodu zewnętrznego, który w głębi jest silnie zwężony; ściana przednia i tylna jakgdyby do siebie zbliżone. Błona bębenkowa w swych częściach widocznych mięsista, gruba. W okolicy attyku widoczna szczelina u podstawy swej szeroka na ± 2 mm, wybiegająca w górę±4 mm. Z tej szczeliny wydobywa się żywo gęsta ropa, która wnet zalewa cały przewód zewnętrzny. W czasie tego chora podaje, że odczuwa dużą ulgę w bólu głowy i że to się jej parokrotnie już w domu zdarzało, że jak się z ucha dużo puściło, to ból głowy ustępował. Czuła wtedy „jakby się z głowy coś wylewało“—usprawiedliwia się przytem, że nie opowiedziała tego lekarzowi ale w chorobie pamięć osłabła. Stwierdza się też tkliwość uciskową nad wyrostkiem prawym zaś opukiwanie zwłaszcza okolicy łuski kości skroniowej prawej silnie bolesne. Ucho lewe bez wziernikowych zmian.

Słuch w lewem uchu normalny, w prawem 50 cm mowy akcentowanej, podszas zagłuszania terkotką Bárány'ego ucha lewego. W. w prawo, S. przedłużony. Oczopląsu spontanicznego brak. Pobudliwość cieplikowa obustronnie +. Wobec niewątpliwie istniejącego ropnia nadtwardówkowego i prawdopodobnego ropnia mózgowego,

zaproponowano natychmiastowe przeniesienie chorej na Klinikę otolaryngologiczną celem wykonania zabiegu. Na zabieg chora decyduje się, po porozumieniu się z rodziną.

5.III. Przeniesiona na Klinikę otolaryngologiczną.

Przystąpiono do zabiegu.

Operacja doszczętna, wyrostek sklerotyczny, następnie zniesiono tegmen antri mastoidei et tympani odsłaniając oponę szeroko od tylnego kąta piramidy aż w pobliże trąbki. Duży ropień nadoponowy; opona twarda zgrubiała, pokryta w okolicy tegmen tympani grubym pokładem ziarniny wielkości opuszki małego palca. Podobna wyspa ziarniny znajduje się w tylnym odcinku rany. W środku tej wyspy ziarninowej małe, czarne,nekrotycznie wyglądające miejsce. Przy dotykaniu tegoż miejsca, pinceta pogrąża się w tkance bez oporu na głębokości ± 1 cm pojawia się obfita gęsta ropa. Założono wziernik Killiana i wyaspirowano zawartość ropnia. Przy wziernikowaniu okazuje się, że ropień jest dobrze ograniczony, nie zapada się, ściany gładkie, bez uchyłków, wielkość ropnia jest pojemności średniego jaja kurzego; ropień ciągnie się ku przodowi od miejsca w którem go otwarto. Rozszerzono wnijście do ropnia ku przodowi i zasunięto gruby dren gumowy (dren dilatacyjny krtaniowy Pieniążka o średnicy 12 mm) i obłożono go setonami.

Z dalszego ciągu historji choroby podniosę tylko pewne wydarzenia i szczegóły.

Początkowy przebieg gładki, subjektywna poprawa, brak bólów głowy. W 3 tygodnie po zabiegu tylko ślad obrzęku tarcz. Inne zmiany neurologiczne utrzymują się, poza Babińskim, który zniknął, oraz VII, który jest bez zmian.

Jama ropnia zmienia się w ten sposób, że jego wewnętrzna ściana wypukla się ku otworowi przez który ropień się setonuje, tak, że wnętrze ropnia zaczyna dzielić się na przedni i tylny odcinek. W konsekwencji wypuklanie się ściany wewnętrznej doprowadza do wytwarzania podwójnego ropnia.

Tylna część znika w ciągu następnych 4 ch tygodni, przednia zmniejszyła się w tym czasie tak, że tworzy wąski głęboki kanał, który jednak ciągle wydziela. W ciągu dalszych 6-ciu tygodni kanał ten staje się coraz płytszy aż wreszcie niknie. Pozostaje tylko malutkie wypadnięcie wielkości połowy orzecha włoskiego. W uchu środkowem nieco wydzieliny śluzowatej. Stan chorej zupełnie dobry. Ruchomość gałki prawej zupełnie sprawna, zaznacza się jednak ciągle ptoza i midriaza.

22.VI skargi na ból głowy, w południe wymioty, temperatura 37°, tętno 82/min.

23.VI bóle głowy wzrosły, wieczorem chora zamroczona, krzyczy i narzeka na straszny ból w czole. Po przez wspomniany prolaps, obecnie już płaski i pokryty żywą ziarniną, wykonano punkcję.

Wyaspirowano ropę z głębokości 2 cm. Wzdłuż igły wprowadzono nóż; wypłynęła gęsta ropa w ilości około łyżki stołowej. Siedziba ropnia odpowiada okolicy poprzednio wspomnianej przedniej, części ropnia. Dren gumowy + setony.

Następnych dni chora czuje się dobrze, jama ropnia zmniejsza się szybko, a 10.VII znikła zupełnie.

W dalszej obserwacji nie spostrzegano już żadnych powikłań. Ze względu na to, że chora jest z daleka i że z ucha pojawia się czasem nieco wydzieliny śluzowej, chorą przetrzymuje się w klinice. W chwili wypisania ucho prawe zupełnie suche, słuch w prawem uchu do 2 m mowy potocznej, próba cieplikowa +. Odruchy ścięgniste z kończyny dolnej lewej żywsze wyraźnie niż z prawej. Źrenice szerokie, prawa nieco szersza. Odczyn na światło i przystosowanie słaby. W zakresie pierwszej i drugiej gałęzi nerwu tródzielnego po prawej nieznaczna hypestezja. Chora opuściła szpital w pełnym zdrowiu, przybyła znacznie na wadze, twarz czerstwa, rumiana. Zaburzeń psychicznych chora nie wykazywała.

W przypadku tym interesujące są okoliczności, które początkowo rozpoznanie utrudniały. Początkowe objawy związane z urazem wskazywały na pęknięcie podstawy czaszki. Wyciek krwawy, potem ropny z ucha prawego ustał w pierwszych miesiącach po wypadku prawie zupełnie, tak, że go później nie zauważono. Zaniedbanie badania otoneurologicznego, jakie powinno być przeprowadzone w każdym tego rodzaju przypadku, bez względu na to czy ucho poniosło bezpośrednią szkodę czy też nie, przedłużyło czas obserwacji. Dopiero obraz uszny związał objawy kliniczne w zgodną całość zespołu *Körnera* (objawy ze strony Capsula interna + częściowo zajęty oculomotorius). Początkowo zaznaczyła się nierówność źrenic oraz lekka niedomoga mięśnia prostego wewnętrznego prawego, wnet potem wystąpiła ptoza a później i inne ruchy były upośledzone. W dalszym przebiegu najpóźniej cofała się ptoza, a mydriaza nie wyrównała się całkowicie aż do końca obserwacji. Jeślibyśmy próbowali określić czas powstania ropnia mózgowego, to na podstawie przebiegu klinicznego możnaby

przypuszczać, że czas ten przypada na pierwszą połowę stycznia 28 roku t. j. na pewien czas przed wyraźnem wystąpieniem nierówności w odruchach ścięgnistych kończyn dolnych oraz pojawieniu się zmian ze strony oculomotorius. Że zmiany ze strony n III mamy prawo wiązać z powikłaniem usznem, a nie złamaniem podstawy czaszki jako takiem, widoczne jest stąd, że zmiany w zakresie n III nie pojawiły się odrazu po wypadku, lecz dopiero w 3 miesiące później. Według *Körnera* zmiany w drogach piramidowych w ropniach usznych są pochodzenia torebkowego, zaś zmiany w n III są natury przypodstawnej. Dla wytłumaczenia przypodstawnego zmian n. III moglibyśmy też szukać przyczyny i w samym złamaniu podstawy czaszki. Chronologja zmian każe jednak raczej odrzucić tę możliwość. Jeśli już same badanie wziernikowe ucha pozwalało stanowczo rozpoznawać ropień nadoponowy, to zmiana taka nie wyczerpywała jednak i nie tłumaczyła w pełni obrazu klinicznego. Z chwilą też zwrócenia uwagi na ucho, rozpoznanie było stosunkowo pewne i łatwe.

Ciekawym wreszcie momentem w przebiegu choroby było tworzenie się poprostu na naszych oczach—ropnia klepsydrowego a wreszcie podwójnego. Na podstawie doświadczenia z innych przypadków mogę powiedzieć, że tendencja do takiego mechanizmu nie jest zgoła rzadka. Rzadką jedynie była tutaj ta przejrzystość całego procesu. To też w przypadkach ropni operowanych u chorych, którzy żyli po zabiegu czas jakiś, jeśli spotkamy się na obdukcji z ropniem podwójnym, powinniśmy pamiętać o wspomnianej możliwości powstania ropnia podwójnego.

3) K. K. lat 48.

Przeniesiona z kliniki neurologiczno - psychjatrycznej na klinikę otolaryngologiczną 15.V-28 roku. Na Klinikę neurologiczną zgłosiła się 9.V. Z wywiadów od męża dowiadujemy się, że od lutego b. roku chora miewa bóle i zawroty głowy, wymiotów i nudności nie było. Prawa ręka i noga słabnie stopniowo. Od 2-ch tygodni myli się w mowie; mówi czasem bez związku, apetyt i sen zły. Przed miesiącem ciekło jej z ucha lewego, miała wtedy silny ból w lewej połowie głowy, wykrzywiło jej usta oraz nie mogła domykać prawego oka. Później oko znów się zamykało.

Stan obecny: Narządy wewnętrzne bez zmian.

Mocz prawidłowy. Temperatura 38^0, tętno 64/min.

Czoło marszczy dobrze, oczy zamyka sprawnie, ruchy gałek ocznych i odruchy źrenicze bez zmian. Fałd policzkowo-nosowy prawy płytszy podczas otwierania ust i pokazywania zębów. Język

zdaje się zbaczać trochę w prawo (nawet po wyrównaniu ust). Inne nerwy czaszkowe bez zmian.

Bolesność samoistna i opukowa czaszki w lewej—przedniej części. Przy podnoszeniu kończyn, ręka prawa ustawia się niżej niż lewa, podobnie prawa noga. Odruchy ścięgniste ogólnie żywe, po prawej klonusowate. Klonus prawej stopy, Babiński, Oppenheim +.

Odruchy brzuszne? (9 porodów).

Czucie bólu zdaje się być słabsze po prawej połowie ciała. Psychicznie: w czasie, miejscu i otoczeniu źle zorjentowana. Pokazywanych przedmiotów nazwać nie może, ale rozumie ich przeznaczenia. Wypowiedziane słowa powtarza nie zupełnie dobrze, polecenia wykonywa nie zawsze i niezupełnie poprawnie.

Ucho lewe: destrukcja, w uchu środkowem ziarnina; ucho prawe bez wziernikowych zmian. Na polecenia reaguje z każdego ucha z osobna. Oczopląs O, cieplikowo obustronnie +, przetokowy O.

Badanie okulistyczne: Siłę wzroku i pole widzenia nie udaje się określić, dno bez zmian.

Płyn mózgowo-rdzeniowy: ciśnienie nieznaczne, pleocytoza 1 w 1 mm^3. Pandy +.

Operacja doszczętna, wyrostek sklerotyczny, w attyku i antrum ziarnina. Odsłonięto oponę nad tegmen antri, tympani, et mastoidei, oraz zniesiono łuskę kości skroniowej na przestrzeni 2 opuszek dużego palca. Opona wszędzie bez makroskopowych zmian, tętnienie dobrze widoczne i wyczuwalne. Przy punkcji mózgu wyaspirowano z głębokości 2 cm. gęstą ropę. Wzdłuż igły wprowadzono nóż i otwarto duży ropień. We wzierniku Killiana wyaspirowano jamę ropnia, która zieje. Ściany ropnia na ogół gładkie, dobrze zaznaczone, jedynie tylko wewnętrzna część ściany krwotoczna, rozmiękła. Założono dren gumowy + setony.

Z ropy wyhodowano gronkowiec złocisty.

17.V. Zmiana opatrunku, temperatura najwyższa $37{,}2^0$, tętno 70/min. Stan neurologiczny bez zmian. Następnych dni temperatura dochodzi do 38^0, ropień wydziela bardzo niewiele.

20.V. Opatrunek przemoczony płynem wodnistym. Przy zmianie opatrunku widać jak do jamy ropnia wpływa z głębi płyn mózgowo-rdzeniowy. Następnych dni chora czuje się dobrze, temperatura w normie.

25.V. Rano temperatura 39.5, sinica, oddech przerywany, tętno około 140/min. drobne. Chora nieprzytomna, exitus.

Obdukcja: w lewej półkuli jama po dużym ropniu. Ropień komunikuje z powierzchnią mózgu w zakresie T. 3. Gyrus fusiformis bez większych zmian. Okolida pola Wernikego leży w zakresie zmian encephalitycznych. Plexus horioideus komory bocznej lewej silnie zmieniony, pokryty masami włóknikowemi, stanowi część przyśrodkowej ściany ropnia. Największe zmiany (na przekroju poziomym) leżą nieco do tyłu od retro-lenticularnej części caps. intr.

Przypadek ten był pod względem diagnostycznym zupełnie łatwy. Zaostrzenie procesu ropnego przewlekłego w lewem uchu, bóle w okolicy lewego ucha, niedowład połowiczny prawostronny, dodatni zespół afatyczny, nie pozostawiały większych wątpliwości co do natury i umiejscowienia sprawy tak, że mimo ujemnego obrazu operacyjnego (brak zmian makroskopowych na oponie) a raczej może tembardziej, że zmian makroskopowych na oponie nie stwierdzało się, wskazanie do punkcji mózgu w tym przypadku było zupełnie usprawiedliwione.

Pleocytoza była w tym przypadku w normie (jedno ciałko w 1 mm^3) co według zestawienia *Lunda*, *Fleischmanna* i innych nie bywa często, podobnie jak i w moim materjale. Na 42 przypadki ropni mózgowych *Lund* znalazł tylko jeden przypadek bez pleocytozy. *Fleischmann* na 12 przypadków, 3. Według *Borriesa* ma to być typowe, że ropnie niepowikłane nie dają pleocytozy. W każdym bądź razie, jeśli uwzględnimy, że praca nad rozpoznaniem ropni toczy się najczęściej w ich okresie objawowym, a nie utajonym, to mniejsza lub większa pleocytoza będzie najczęściej spotykanym wynikiem. W przedstawionym przezemnie materjale w tym właśnie tylko jednym przypadku (1 : 11) brakowało jej zupełnie, mimo że okres z którego punkcja pochodziła był bogaty w ogniskowe objawy kliniczne — co prawda przy ujemnych objawach oponowych. Przez ostatnie 4 dni życia płyn mózgo-rdzeniowy wydobywał się obficie z jamy ropnia, przyczem przez 3 pierwsze dni stan chorej nie pogarszał się zupełnie i nawet był subjektywnie lepszy, a jedynym objawem przebicia dokomorowego był mokry opatrunek. Dopiero 4-go dnia wystąpiły objawy gwałtowne, które oznaczają nam czasem chwilę przebicia się ropnia do komory. Jak wiadomo bezreakcyjne przebicie się ropnia do komory nie jest zjawiskiem zgoła wyjątkowem, a i w naszym materjale spotkamy się z niem jeszcze.

W przypadkach przebicia dokomorowego uwzględniać musimy dwa momenty: mechaniczny, oraz infekcyjny. Przy przebiciu się nie otwartego ropnia mózgowego do komory, moment mechaniczny ma

warunki ażeby jaskrawo się zaznaczyć (zmiana ciśnienia). Przy przebiciach dokomorowych ropni otwartych, czekać trzeba na skutki infekcji. Wtedy istnieją też lepsze warunki, by plexus horioideus mógł odegrać podobną rolę jak sieć w jamie brzusznej.

4) A. M. lat 26, aresztant.

Przewieziony do Kliniki 16.X b. r. w stanie wybitnego zamroczenia.

Z wywiadów od otoczenia dowiadujemy się, że od 3-ch tygodni chory uskarżał się na silne bóle głowy, mylił się w mowie i nie miał apetytu. Temperatura dochodziła do 38^0.

W ciągu ostatnich kilku dni stracił mowę zupełnie, nie może powstać o własnych siłach, gorączkuje do 40^0 i wymiotuje.

Stan obecny: Młody mężczyzna, wysoki, silnej budowy, odżywianie podupadłe. Na zapytania odpowiedzi nie daje, czasami spontanicznie wydaje bełkotliwe dźwięki. Polecenie proste, jak zamknąć oczy, pokazać język, czasami spełnia, przyczem można dostrzec persewerację w czynnościach.

Ucho lewe: przewód zewnętrzny zalega gęsta serowata wydzielina. Po oczyszczeniu widoczna destrukcja, z attyku wystrzela drobna ziarnina.

Ucho prawe: bez wziernikowych zmian. Słuch na oba uszy +. Chwilami ruchy oczopląsowe poziome to w prawo, to w lewo; objaw cieplikowy po obu stronach +, przetokowy O.

W płucach rozlane furczenie i świsty. Serce b. z. Tętno 54/min. temperatura $38,^05$. Śledziona macalna, język silnie obłożony, oddech cuchnący. Objawy oponowe silnie rozwinięte.

Odruchy ścięgniste z kończyny górnej i dolnej prawej wyraźnie większe niż w lewej. *Babiński i Oppenheim* po prawej +, na lewej tendencja do *Babińskiego*. Nakłucie lędźwiowe: płyn wypływa pod znacznem ciśnieniem, mętny, pole widzenia zasiane ciałkami ropnemi.

Z rozpoznaniem: Otitis media chronica purul., abscessus lobi temporalis sinistri, meningitis — przystąpiono do zabiegu.

Operacja doszczętna, wyrostek sklerotyczny w attyku i antrum masy perlakowe które docierają do opon. Zniesiono tegmen tympani, antri et mastoidei odsłaniając dalej oponę średniej jamy aż do zdrowych granic. Na oponie twardej grzyb ziarninowy. Przez oponę wyczuwa się tętnienie. Punkcja mózgu: wyaspirowano rzadką cuchnącą posokę, oponę nacięto na krzyż na przestrzeni około 2 cm; mózg wypukla się silnie, wzdłuż igły wprowadzono nóż a następnie wziernik, wypływa najpierw rzadka posoka potem niewielka ilość ropy gęstszej,

pomięszanej ze strzępami tkanki mózgowej. Proces wydaje się zupełnie nieograniczony, o „jamie ropnia“ nie można mówić. Przez otwór w oponach zasunięto kilka setoników. Opatrunek. Temperatura wieczorna 38.2^0, chory nieprzytomny, w nocy exitus.

Na obdukcji stwierdzono: rozległą encephalitis purlenta w zakresie lobus temporalis, parietalis et occipitalis sin. meningitis purlenta. Z ropy pobranej podczas zabiegu wyrósł prątek okrężnicy.

W przypadku tym mieliśmy więc raczej „phlegmonę“ niż ropień mózgu. Zgadza się to z obserwacjami *Lunda*, że przy ropniach mózgowych w których znaleziono bacterjum Coli brak jest tendencji do ograniczenia, a zmiany encephalityczne są rozległe. W przypadkach *Landa* objawy oponowe były słabo zaznaczone, zaś w tym przypadku bardzo wybitne. Przypadki *Lunda* z bact. Coli skończyły się wszystkie śmiertelnie jak i ten przypadek.

5) T. W. lat 28, rolnik.

Przywieziony do kliniki 27.VI-30 r.

Z Wywiadów od rodziny dowiedzieliśmy się, że od 3-ch tygodni trwają bóle głowy, wymioty, ogólne osłabienie, wyciek cuchnący z prawego ucha. Czy dawniej chorował na uszy, rodzina nie wie.

Stan obecny: chory wzrostu średniego, budowy prawidłowej, silnie zamroczony, niespokojny, chwilami daje odpowiedzi na zadawane pytania. Odpowiedzi następują po pewnej chwili po pytaniu, są krótkie, wydane głosem cichym bezdźwięcznym. Od czasu do czasu pojawia się na twarzy grymas bólu. Polecenia jak zamknąć oczy i t.p. spełnia dopiero po chwili, albo też polecenie trzeba parokrotnie powtarzać. Zaznacza się perseweracja w czynnościach. W przewodzie zewnętrznym prawym ropa silnie cuchnąca. Po oczyszczeniu stwierdza się znaczne opadnięcie tylno-górnej ściany przewodu, tak że pozostaje tylko wąska szczelina, przez którą dostrzega się w głębi białe serowate masy. Wyrostek na ucisk bolesny. Bolesność opukowa czaszki nad okolicą skroniową i czołową prawą. Błona lewa wciągnięta.

Słuch: polecenia wydawane do każdego ucha z osobna (terkotka *Bárány'ego)* spełnia. Ruchy oczu nieograniczone. W położeniu lewobocznem oczopląs poziomy w lewo, czasami i w pośredniem również w lewo. W prawo-bocznem oczopląs skośny — prawy — górny. Wskazywanie możliwe tylko ręką prawą (lewa paretyczna), wypada $\pm$ trafnie. Ucho prawe kwas borowy 3% + alkohol aa, 42^0, 100 cm. przez rurkę *Hartmanna*: żywe drżenie III st. w prawo, ręka prawa wskazuje wybitnie do środka. Ucho lewe 5 cm^3 18^0: odczyn słaby. Ucho lewe 20 cm^3 18^0: żywe drżenie w prawo, ręka prawa wybitnie

do środka Przy wodzie. 42^0 drżenie i wskazywanie odpowiednie. Podczas otwierania ust i pokazywania zębów, lewy kącik ust wyraźnie niedomaga. Odruchy rogówkowe równe. Odruchy źrenicze na światło +. Badanie czucia niemożliwe. Odruchy ścięgniste kończyn górnych żywsze po lewej. Odruchy okostnowe lewe > pr. Brzuszne zniesione. Sztywność karku silnie zaznaczona, Kulenkampf +, łonowy prawy silnie +. Temperatura $37,2^0$, tętno 44/min. Nakłócie lędźwiowe (aparatem *Seligera*): ciśnienie 240 mm płynu, plecytoza 190 w 1 mm Pandi + +.

Okulistycznie: neurit. opt. ambilat.

Z rozpoznaniem: Otitis med. pur. chron. dex. abscessus lobi temp. dextr. przystąpiono do zabiegu w uśpieniu eterowem.

Za pierwszem uderzeniem dłuta dobywa się ropa pod ciśnieniem. W antrum i górnej części wyrostka perlak wielkości dużego bobu. W uchu środkowem ziarnina. W okolicy kąta piramidy zatoka oraz opona średniej jamy pokryte ziarniną na przestrzeni opuszki dużego palca. Odsłonięto szeroko jamę środkową oraz zatokę esowatą i poprzeczną docierając wszędzie do opony niezmienionej. Grubą tępą igłą wykonano punkcję przez środek pokrywy ziarninowej. W głębokości około 15 mm. napotykano elastyczny opór, po pokonaniu tegoż (uczucie podobne jak przy przebijaniu opony przy przekłuciu lędźwiowem) igła wpada wgłąb; aspiracja. Do strzykawki wpływa najpierw płyn rzadki fusowaty z domieszką czarnych kłaczków, potem jasno-żółta ropa.

Nacięcie krzyżowe opony twardej środkowej jamy. Wydobywają się rozmiękłe, sine, masy mózgu z małą domieszką ropy. Wprowadzono szeroko-skrzydłowy wziernik. Patrząc w głąb przez uczyniony otwór wydaje się, że od przodu ma się przed sobą gładkie dno, natomiast kierując wziernik bardziej ku tyłowi widzi się tylko rozmiękłą papę wpuklającą się między skrzydła wziernika Igła jest pogrążona w części, przedstawiającej owo gładkie dno. Po odczyszczeniu pola nacięto jeszcze wzdłuż igły przyczem pojawiła się znowu gęsta ropa. Po zasunięciu wziernika w nowy otwór i po wyaspirowaniu treści ropnej, widzi się ziejącą przestrzeń otorbionego, gładkościennego ropnia. Do jamy ropnia założono gruby dren gumowy zaś z tyłu od niego, gdzie widać szczelinę, z której pojawia się nieco ropy zasunięto kilka setoników. Przez następne 3 tygodnie samopoczucie chorego dobre, temperatura podniosła się tylko 2 razy do $37,2^0$. Z ropy wyrósł gronkowiec złocisty. Jama ropnia otorbionego zmniejszyła się bardzo szybko tak, że po 2 tygodniach znikła

zupełnie. Natomiast bardziej od tyłu pojawia się ciągle ropa w zmiennej ilości oraz strzępy tkanki mózgowej. 3 tygodnia tworzy się prolaps, który w następnych dniach silnie narasta.

20.VII temperatura 38.5^0, bóle głowy, wymioty. W kierunku ku tyłowi, skąd podczas operacji wypływały rozmiękłe masy mózgowia wprowadzono głęboko korncang; pojawiła się obficie ropa. Następnych dni temperatura najwyższa 37.6^0, przy zmianie opatrunku widoczny wąski głęboki kanał, który po wyjęciu setonów szybko się zapada i wypełnia krwią. Następne 2 dni temperatura do 38^0.

24.VII. Opatrunek przemoczony płynem wodnistym. Samopoczucie chorego dobre. Temperatura najwyższa 36.8^0. Przy zmianie opatrunku pojawia się za setonami płyn mózgo - rdzeniowy. Przez następne 5 dni opatrunki przemakają ciągle, temperatura nie dochodzi do 37^0.

30.VII. Temperatura popołudniowa 40^0, chory, który od rana czuł się źle, popołudniu nieprzytomny, niespokojny, zanieczyszcza się, oddech nieregularny, chwilami wydatne drżenie skośne — lewe — górne.

31.VII temperatura stale 40^0, stan bez zmian.

1.VIII exitus.

Na obdukcji stwierdzono rozległe zmiany encephalityczne wyrażone szczególnie silne w zakresie fusiformis TIII T_8 i T_2 rożek dolny komory bocznej komunikuje z jamą ropnia. Plexus horioideus pokryty masami włóknika, komory silnie rozszerzone, wypełnione cieczą ropną; meningitis basilaris.

Według przedstawionego obrazu operacyjnego nie ulega wątpliwości, że mieliśmy w tym przypadku ropień „pseudo podwójny" i to jeden starszy o grubej torebce, drugi zaś młodszy, bez wyraźnej demarkacji okalał głównie tylko partje pierwszego. Podobny obraz znalazł na stole sekcyjnym *Brunner* oraz *Macewen*. Trudniej odpowiedzieć w jakim stosunku pozostawały do siebie oba ropnie. I tak można by sobie wyobrazić, że ropień otorbiony pozostawał biernym świadkiem nowej infekcji, która się odbyła w czasie zaostrzenia procesu przewłocznego w uchu środkowem, lub też, że zaostrzenie procesu w starym ropniu doprowadziło do szerzenia się sprawy ropnej w otoczeniu. To, że przy operacji nie znaleziono nigdzie w otoczce ropnia otorbionego jakiejś przerwy w ciągłości nie dowodzi jeszcze, że ropień ten nie odpowiada za powstanie świeżego ogniska. Na pod-

stawie obrazu histologicznego, jaki *Brunner* znalazł w swoim przypadku, dochodzi on do przekonania, że szerzenie się sprawy poza osłonkę ropnia otorbionego jest zupełnie możliwe i że zaostrzenie procesu w ropniu otorbionym może wywołać przez makroskopowo nieprzerwaną torebkę ropnia, infekcję w otoczeniu. Nawet gruba torebka nie stanowi bynajmniej szczelnej izolacji od otoczenia. Że w przypadku powyżej przedstawionym infekcja przedarła się z ropnia otorbionego do otaczającej tkanki, wydaje się najprawdopodobniejsze. Za tem tłumaczeniem zdaje się jeszcze przemawiać pewna okoliczność: przy punkcji ropnia igłą tępą dał się wyczuć wyraźnie opór torebki ropnia. Treść więc aspirowana pochodziła z jamy ropnia otorbionego. Dalsze szczegóły operacji upewniły istotnie, że igła tkwiła w ropniu otorbionym. Pierwsze porcje aspirowanej treści przedstawiały się jako rzadki fusowaty płyn z domieszką drobnych strzępów. Należałoby stąd wnosić, że w jamie otorbionego ropnia toczył się proces niszczący torebkę. W czasie takiego procesu, nim jeszcze ciągłość anatomiczna zostanie przerwana — infekcja otoczenia jest łatwa, jak tego zdaje się dowodzić przypadek *Brunnera*.

Podkreślić wreszcie należy, że w przypadku tym, podobnie jak w poprzednio już opisanym, skomunikowanie się jamy ropnia z komorą nie wywołało gwałtownych objawów. Stan chorego nie uległ widocznemu pogorszeniu w ciągu 5 ciu dni od chwili, gdy zaczął wypływać płyn mózgo-rdzeniowy. Chory czuł się nawet lepiej w tym czasie, niż w ciągu 2 dni przed pojawieniem się płynu mózgo-rdzeniowego. Na podstawie własnych przypadków mogę powiedzieć, że przebicie się dokomorowe ropnia otwartego nie wywołuje zwykle objawów gwałtownych i nie zawsze źle się kończy.

Z Kliniki Laryngootjatrycznej U. W. (Dyr. Prof. *F. Erbrich*) i z Państwowego Zakładu Higjeny — Dział Wyrobu Surowic i Szczepionek (Dyr. *S. Saski*) Dział Medycyny Doświadczalnej (Dyr. Prof. *L. Hirszfeld*).

Podali

L. ABRAMOWICZ, T. EPSTEINÓWNA i Z. MILIŃSKA-SZWOJNICKA.

Odczyny zlepne w serodiagnostyce twardzieli *).

Kliniczne rozpoznanie twardzieli w wypadkach zmian typowych i daleko posuniętych nie nasuwa większych trudności, natomiast zmiany nietypowe lub początkowe okresy tego schorzenia mogą nastręczać poważne wątpliwości pod względem diagnostycznym. W tych wypadkach rozpoznanie znajduje oparcie w badaniach laboratoryjnych. Z tych badań wymienić należy wyosobnienie lasecznika *Frischa*, przyjętego ogólnie za czynnik etjologiczny twardzieli.

Badania prowadzone przez nas w kierunku wyhodowania bakteryj *Frischa* ze krwi, pobranej z żyły, dały wyniki ujemne. Natomiast posiewy z kropli krwi, wziętej ze śluzówki nosa, nawet w tych przypadkach, w których makroskopowo błona śluzowa zmian swoistych twardzielowych nie wykazywała, dawały wyniki dodatnie. Przeprowadzenie analizy różniczkowej wyodrębnionych szczepów nasuwało pewne trudności, albowiem szczepy lasecznika *Frischa*, lasecznika *Abel-Löwenberga*, oraz *Friedländera* są morfologicznie do siebie podobne, a różnicowanie pod względem biochemicznym nie dawało wyników zadawalniających.

Zdolność rozszczepiania cukrów, którą niektórzy autorzy jak *Kabelik*, *Gąsiorowski*, *Elbert i Gerkess* uważali za cechę bezwzględnie swoistą, nie zawsze znajdowała potwierdzenie w naszych badaniach, albowiem otrzymywaliśmy szczepy wyodrębnione z przypadków klinicznie typowej twardzieli, zachowujące się na cukrach różnie: jedne z nich rozszczepiały wiele cukrów przy równoczesnem wytwarzaniu siarkowodoru, inne zaś zakwaszały tylko niektóre z nich, jak dekstrozę, mannit i maltozę.

Podział pod względem własności biochemicznych na grupy okazał się niemożliwy, gdyż prątki, wyodrębnione z typowej twardzieli, zachowywały się na cukrach jak prątki nieżytu zanikowego lub jak

*) Wygłoszone w Sekcji Oto-Laryngologicznej XIV.go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu.

prątki *Friedländera* i naodwrót prątki, wyhodowane z przypadków nieżytu zanikowego, zachowywały się jak prątki twardzieli. Co do wartości różnicowania poszczególnych szczepów grupy otoczkowców przy pomocy wiązania dopełniacza zupełnie pewnemi surowicami ludzi chorych na twardziel lub też surowicami odpornościowemi, zdania są podzielone. Starsi badacze, jak *Ballner* i *Reibmayer*, *Abel-Halbwachs*, odmawiają metodzie Bordet-Gengou praktycznej wartości w różnicowaniu poszczególnych odmian grupy otoczkowców. *Goldzieher* i *Neuberg* mieli tą drogą wyodrębnić prątki twardzieli. Wyniki przez nas uzyskane nie były jednak pewne.

W roku 1902 podjęto próby wprowadzenia odczynów zlepnych dla rozpoznawania bakteryj otoczkowych. Główną jednak trudnością przy stosowaniu odczynów zlepnych była niemożność otrzymania jednolitej zawiesiny, w czem przeszkadza śluzowy wzrost tych bakteryj oraz otoczka. Niektórzy autorowie jak *Small* i *Julianelle*, *Mikulaszek*, *Gąsiorowski* i *Meisel*, *Toenniessen* i *Eisenberg*, zmieniali otoczkowce przez częste, wielokrotne przeszczepianie drobnoustrojów na pożywkach stałych. W dotychczasowem piśmiennictwie brak jednak potwierdzenia istotnej wartości tych odczynów.

Znaczniejsze znaczenie w diagnozie twardzieli przyznać należy wynikom, uzyskanym drogą serologiczną przy pomocy wiązania dopełniacza z surowicą osób chorych i ze szczepami twardzieli, wyodrębnionemi z przypadków klinicznie pewnych. Odczyn ten dawał wyniki dodatnie w przypadkach twardzieli, podczas gdy próby kontrolne przy przewlekłem nieżycie nosa i z surowicami osób zdrowych zawsze dawały wyniki ujemne.

Pierwszy przyznaje wartość swoistą odczynowi *Bordet-Gengou* z surowicą *Brunner*, a za nim *Goldzieher* i *Neuber*, *Kabelik*, *Tomasek*, *Quast*, *Elbert*, *Feldmann* i *Gerkess*. W roku 1906 ukazała się w piśmiennictwie praca *Porgesa* i *Eislera*, potwierdzona potem przez *Laskiewicza* o odczynach zlepnych ze szczepami twardzieli, zmienionemi pod wpływem kwasu octowego i ogrzewania. Prace, podjęte przez nas w tym kierunku, nie dały jednak wyników zadawalniających, ponieważ otrzymaliśmy odczyny zlepne nie tylko z surowicami chorych na twardziel, lecz i z surowicami chorych, dotkniętych innemi cierpieniami.

Epsteinówna w roku 1928, pracując nad lasecznikiem *Abel-Löwenberga* stwierdziła, że szczepy wtórne, otrzymane po zadziałaniu bakterjofaga swoistego, mogą nadawać się do odczynów zlepnych, co w tym czasie stwierdzili *Prasek* i *Prica* w stosunku do twardzieli.

W dalszych pracach naszych, opierając się na powyższych wynikach, zastosowaliśmy w serodjagnostyce twardzieli szczepy *Frischa*, zmienione pod wpływem czynnika litycznego. Bakterjofag swoisty, który posłużył nam do zmiany laseczników twardzieli, został otrzymany drogą nieco odmienną, niż to podaje *Prasek* i *Prica*, a mianowicie z posiewu na buljonie wycinków nacieczonej błony śluzowej gardła chorego na twardziel. Szczepy śluzowe twardzieli pod wpływem otrzymanego w powyższy sposób bakterjofaga swoistego zostają rozpuszczone i pojawiają się szczepy wtórne pozbawione śluzu i otoczki.

Odmiany nieśluzowe laseczników *Frischa* stosowaliśmy do odczynów zlepnych i do odczynu *Bordet-Gengou* z surowicami chorych na twardziel. Wykonywując odczyn wiązania dopełniacza w naszej pracowni, początkowo posługiwaliśmy się 24 godzinnemi hodowlami laseczników *Frischa*, zmytemi roztworem fizjologicznym i ogrzanemi przez godzinę w temp. 56°C.

Jako antygenów kontrolnych używano 24 godzinnych hodowli laseczników *Abel-Löwenberga* oraz *Friedländera*.

Stosując tę metodę i biorąc pod uwagę różnorodność zachowania się na cukrach poszczególnych szczepów twardzieli, trzeba było jedną surowicę nastawiać z 12 do 16 antygenami, co przedstawiało pewne trudności. Wobec tego poczęliśmy stosować antygeny stałe wielowartościowe, przyrządzone w sposób następujący: 24 godzinne posiewy kilkunastu szczepów niezmienionego lasecznika *Frischa* zmywano roztworem fizjologicznym z dodatkiem 0,5% fenolu, ogrzewano przez 1 godzinę w temp. 55°C i tak sporządzoną zawiesinę trzymano w chłodni w ciągu 6 tygodni.

Po upływie tego czasu następowała autoliza i zawiesiny tej można było używać jako antygenu do odczynu *Bordet-Gengou*. Taki sam antygen przyrządzano z lasecznika *Frischa*, zmienionego pod wpływem swoistego bakterjofaga. Dawki antygenów miareczkowano każdorazowo w sposób następujący: do szeregu probówek wlewano wzrastające dawki antygenu, począwszy od dawki 0,05 cm^3, komplement brano w rozcieńczeniu 1:20 w dawce 0,5 cm^3, następnie zawartość każdej probówki uzupełniano roztworem fizjologicznym do 1,1 cm^3. Po dokładnem zmieszaniu zawartości każdej próbówki, wstawiano je do łaźni wodnej przy temp. 37°C na pół godziny, po upływie której do każdej probówki dodawano po 0,5 cm^3 3% krwinek uczulonych barana, mieszano i ponownie wstawiano do łaźni wodnej o temp. 37°C na 15 minut. Po upływie 15 minut odczytywa-

no wynik i do odczynu *Bornet - Gengou* brano tę dawkę antygenu która wykazywała całkowitą hemolizę.

Sposób miareczkowania przedstawia następująca tablica Nr 1.

Probówki	1	2	3	4	5	6
Antygen	0,05	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5 cm^3
Na Cl	0,55	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1 cm^3
Komplem 1/20 . .	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5 cm^3
Krwinki uczulone .	0,5	0,5	½ godz. łaźnia wodna 37° C.			
			0,5	0,5	0,5	0,5 cm^3

Tablica 1.

Równolegle stosowano antygeny kontrolne, tak samo przyrządzone i miareczkowane ze szczepów *Abel-Löwenberga*, wyodrębnionych z przypadków cuchnącego nieżytu nosa, oraz prątków *Friedländera*. Tak więc każda surowica była badana tylko z czterema antygenami.

Sposób wykonywania odczynu *Bordet - Gengou* z surowicami chorych na twardziel podaje tablica Nr. 2.

Probówka	1	2
Surowica chorego . . .	0,1	0,1 cm^3.
Antygen	dawka uprzednio wymiareczkowana	
Na Cl	uzupełniając zawartość probówki do 1,1 cm^3 t. j. antygen + Na Cl = 0,5 cm^3.	
Komplement 1/20	0,5	0,5 cm^3.
3% krwinki uczul. . . .	½ godziny łaźnia wodna 37^0 C.	
	0,5	0,5 cm^3.

Dokładnie zmieszać i ponownie wstawić do łaźni wodnej na 15 min. Od czytać wynik.

Tablica 2.

Równolegle z odczynem *Bordet-Gengou* przerobiono odczyn zlepny z 57 surowicami chorych z klinicznie stwierdzonemi zmianami twardzielowemi.

Odczyny zlepne można wykonywać zarówno z surowicami czynnemi jak i nieczynnemi. Najlepsze wyniki otrzymaliśmy jednak, stosując surowicę świeżą, czynną, oraz zawiesinę żywą 24 godzinnej hodowli, zmytej roztworem fizjologicznym.

Surowicę chorego w połączeniu ze szczepami twardzielowemi, zmienionemi pod wpływem bakterjofaga swoistego, trzymano w ciepłocie 37°C przez dwie godziny, a potem w ciepłocie pokojowej do następnego dnia. W surowicach dodatnich występował odczyn zlepny w postaci aglutynacji grudkowej, widocznej bardzo wyraźnie gołem okiem, bez pomocy lupy.

Wyniki tych badań uwidocznione są w następującej tabliczce Nr. 3.

Odczyn *Bordet-Gengou*		Odczyny zlepne				
		1 : 6400	1 : 3200	1 : 1600	1 : 800	1 : 400 1 : 200
+ + +	54	7	30	6	7	4
+	2	—	1	—	1	—
±	1	—	—	—	—	1(400)

Tablica 3.

Jak widać z powyższego zestawienia zgodność obu odczynów w zbadanych surowicach była całkowita, wszystkie bowiem surowice chorych dały dodatnie wyniki, zarówno w odczynie *Bordet-Gengou*, jak i w odczynach zlepnych.

W tem miejscu trzeba zaznaczyć, że dodatnie wyniki w wiązaniu dopełniacza otrzymaliśmy zarówno z antygenami, przygotowanemi ze szczepów twardzieli niezmienionych jak również i zmienionych pod wpływem bakterjofaga swoistego. Różnica czasami tylko występowała w nasileniu zahamowania hemolizy np. jednym antygenem otrzymywaliśmy zahamowanie na + + +, a drugim na + +.

Jako odczyny kontrolne przerobione były odczyny *Bordet-Gengou* i zlepne z surowicami chorych nietwardzielowych a pobranemi od ludzi, cierpiących na inne schorzenia dróg oddechowych, jak: przewlekły stan zapalny migdałków, schorzenia zatok bocznych no-

sa, nieżyt cuchnący nosa, wilk i t. p. Ilość tych przypadków wynosiła 42. Wszystkie surowice dały zarówno odczyn wiązania dopełniacza jak i odczyny zlepne ujemne.

Jako dalszych kontroli użyto surowic nadesłanych na odczyn *Bordet-Wassermanna*. Ilość tych surowic wynosiła 116, w tem surowic, dających odczyn *Bordet-Wassermanna* dodatni było 35, a ujemny 81.

Z surowicami temi przerobiono przeważnie tylko odczyn zlepny (odczyn *Bordet-Gengou* dokonano tylko z jedenastoma).

Na ogólną ilość badanych przypadków 5 surowic dało dodatni odczyn zlepny, lecz tylko w rozcieńczeniu 1 : 50. Ponieważ żadna z surowic twardzielowych nie dała tak niskiego miana odczynu zlepnego, najniższe bowiem miano dodatniego odczynu zlepnego w surowicach twardzielowych wynosiło 1 : 200, to tych dodatnich wyników z surowicami kontrolnemi do miana 1 : 50, nie można uważać za odczyn swoisty.

Ponieważ otrzymaliśmy zgodne dodatnie wyniki z 57 przypadkami klinicznie pewnej twardzieli i ujemne wyniki z 42 surowicami nietwardzielowemi, możemy uważać odczyny zlepne przy twardzieli za swoiste; biorąc pod uwagę bardzo prostą technikę i szybkość wykonania odczynu, można polecić wprowadzenie odczynu zlepnego do serodiagnostyki twardzieli, co również w swej pracy polecają *Gąsiorowski* i *Meisel*, twierdząc, że odczyn wiązania dopełniacza i odczyn zlepny z surowicami chorych wzajemnie się uzupełniają.

Dr. B. ŚWIATŁOWSKI (Lwów).

Przyczynek do zamknięcia przetoki potracheotomijnej.

Przy długotrwałem, przez szereg miesięcy, noszeniu kaniuli tchawiczej, szczególnie o szerszej średnicy, następuje epidermizacja ściany kanału (od szyi do tchawicy), wychodząca z brzegu bądź skóry, bądź nabłonka tchawiczego. Następstwem tejże powstaje przetoka (we właściwem tego słowa znaczeniu), która po dekaniulacji chorego nie może uledz samoistnemu zaciągnięciu i zarośnięciu.

Celem zamknięcia przetoki potracheotomijnej podany jest cały szereg zabiegów plastycznych. *Dieffenbach* odświeża ekscyzją okrężną

brzegi skóry i nakłada szwy. *Thost* prowadzi cięcie skórne dokoła otworu przetoki, w odległości kilku milimetrów do 1 cm od brzegu, oddziela skórę koncentrycznie jednak tak, aby zachować ciągłość jej ze ścianą przetoki. Następnie wpukla otrzymany w ten sposób płat skórny do światła przetoki i świeże brzegi defektu na szyi zaszywa. Części powierzchni łącznotkankowej płata wpuklonego, nie posiadające zatem nabłonka, ulegają następczo zrostowi. Z powodu częstego rozluźniania się szwów skórnych zmodyfikował później *Thost* swoją metodę w ten sposób, że, po wpukleniu brzegów odpreparowanych, defekt zewnętrzny pokrywał dwoma płatami skórnemi o różnych wymiarach tak, aby linja szwów nie leżała w rzucie przetoki. Podobny sposób, jak ostatni, podał już przedtem *Hueter*. Dalsze metody, mające na celu uzupełnienie defektu w ścianie tchawicy, polegają na transplantacji szypułowanej: skórnej (*Balassa*, *Valpeau*), skórno-okostnowo-kostnej z mostka (*Schimmelbusch*) lub z obojczyka (*Lardy*, *Nowakowski*, *Photiades*), skórno-ochrzęstno-chrząstkowej z chrząstki tarczykowej (*König*) i skórno-mięśniowo-okostnowo-kostnej z obojczyka i mięśnia mostkowo-sutkowego (*Esser*).

Transplantację wolną polecają: z błony śluzowej wargi (*Hacker*), z fascji (*Hohmeier*), z chrząstki wraz z ochrzęstną z żebra (*Göbell*, *Mangoldt*) lub małżowiny usznej, z kości wraz z okostną z mostka (*Capelle*) lub tibji (*Gluck* i *Soerensen*). Wolne przeszczepiania chrząstki wzgl. kości przeprowadzają autorowie w ten sposób, że najpierw przenoszą chrząstkę wzgl. kość pod skórę w sąsiedztwie tchawicy, a następnie po 14 dniach i przyjęciu się implantatu wykonują plastykę szypułowaną ze skóry, zawierającej implantat. Bliższe dane podają *Marschik*, *Gluck* i *Soerensen*, *Bockenheimer*, *Chiari* i inni.

Pomijając plastykę wyłącznie ze skóry, metody powyższe mają na celu uzupełnienie defektu tchawiczego tkanką stałą, spoistą, oporną dla zmian w ciśnieniu powietrza w czasie inspiracji, a zatem nie wpuklającą się, co zapobiega ewentualnemu zwężeniu światła tchawicy. Ta ostatnia okoliczność wchodziłaby w grę przy uzupełnieniu wielkich defektów na tle urazowem. Otwór tchawiczy potracheotomijny jest jednak w porównaniu z rozmiarami defektów pourazowych stosunkowo mały.

Tak przy transplantacji skórno-chrzęstnej albo kostnej zarówno wolnej jak i szypułowanej następuje z czasem resorbcja chrząstki wzgl. kości, której miejsce zajmuje tkanka łączna (*Marschik*, *Soerensen*). Badania eksperymentalne *Nussbauma* wykazały przy wolnych transplantacjach chrząstki następcze tworzenie się cyst i zwężenie tchawicy.

Metody te wymagają wprawy i doświadczenia ze strony operatora, z drugiej strony wymagają dłuższego czasu dla ich wykończeczenia i uzyskania pożądanego efektu. Przypuszczać też należy, czy nie zachodzi pewna niezupełność w efekcie zabiegu, skoro podana jest tak wielka liczba jego metod. Dlatego należy wykonać zamknięcie przetoki potracheotomijnej sposobem łatwym do przeprowadzenia możliwie zajmującym najmniej czasu aż do efektu ostatecznego i odpowiadającym zadaniu, dla którego podane są powyższe metody, t. j. nadaniu ubytkowi tchawiczemu stałej podpory. Z tych względów wybrałem drogę, która zbliżona jest do postępowania *Huetera i Thosta*.

Sposób mój jest następujący:

W znieczuleniu miejscowem wykonywam dokoła otworu na szyi, w odległości 0,5 cm. od jego brzegu, cięcie przez skórę, tkankę podskórną, powięz aż do mięśni, następnie odpreparowuję skórę dokoła otworu wraz z powięzią ku otworowi tak, aby nie oderwać otrzymanego płatu od brzegu otworu, dalej oddzielam od mięśni ścianę przetoki wgłąb na 1,5 do 2 cm., wpuklam skórę do przetoki tak, aby strony łącznotkankowe skierowane były do siebie, zakładam na zagiętą skórę szew kapturkowy, nie przenikający przez nabłonek, następnie zeszywam szwem materacowym mięśnie przedtchawicze, ponad tem, po klinowem wycięciu skóry w górnym i dolnym biegunie rany szyjnej celem lepszego adoptowania brzegów jej, nałożone zostają szwy skórne. Wkońcu dla zapobiegnięcia rozstępu w ranie (np. przy wysiłku fizycznym lub kaszlu) nakładam opatrunek plastrowy, zbliżający brzegi rany do siebie.

Sposób mój różni się od sposobu *Thosta i Huetera* zeszyciem wpuklonego płatka skórnego, mięśni i nadanie przedniej ścianie tchawicy podpory mięśniowej, niedozwalającej bliźnie skórnej na ruchy in — i expiracyjne, które np. u kobiet dawałyby obraz pod względem kosmetycznym niepożądany. Zeszyciem mięśni uzyskuję rozdział między szwem kapturowym a szwem skórnym. Mięśniami przedtchawiczemi zastępuję tkankę kostną lub chrzęstną, stosowaną u innych autorów. Zagojenie następuje per primam.

Z Kliniki Oto-Laryngologicznej U. J. K. we Lwowie. Dyr. Prof. Dr. *T. Zalewski.*

Dr. W. JANKOWSKI — Lwów.

Tonsillektomia i jej powikłania.

W klinice Oto-laryngologicznej U. J. K. we Lwowie w przeciągu 9 lat, od 1 maja 1924 r. do 30 czerwca 1933 roku wykonano 1.022 wyłuszczeń migdałków podniebiennych. Materjał czerpano głównie z ambulatorjum kliniki, następnie z innych klinik i oddziałów szpitala.

Jako wskazanie uwzględniano chroniczne zapalenie migdałków (59%), powtarzające się ostre anginy, powikłane ropniami około-migdałkowemi (15%). Wykonywano wyłuszczenia w przypadkach, gdzie migdałki były bramą wejściową schorzenia i jednem z ognisk, a więc w schorzeniach nerek (4%), serca ($1^{1}/_{2}$%), oraz stawów 10%), wreszcie w stanach podgorączkowych, w których nie można było stwierdzić innych przyczyn dla tych stanów (10%).

Za przeciwskazania uważano: choroby krwi, jak anemja, leukemja, pseudoleukemja, hemofilja i wszystkie schorzenia, w których mamy zmniejszenie krzepliwości krwi. Jako przeciwskazanie uważamy wysoki stopień stwardnienia tętnic, niewyrównane wady serca i stan znacznego wycieńczenia organizmu; zwrócić jednak należy uwagę, że istnieć mogą bezwzględne wskazania do usunięcia migdałków, wtedy operację wykonać musimy, nie licząc się zbytnio z ogólnym stanem chorego. Również miejscowe stany zapalne, czy to w postaci zapalnego nacieku, czy ropnia okołomigdałkowego, czy wreszcie w postaci ostrego zapalenia migdałków, uważamy za przeciwskazania do natychmiastowej operacji. W ostatnich czasach coraz częściej podnoszą się głosy za wyłuszczeniem migdałków w ostrych stanach, szczególniej, jeżeli ropień jest położony w dole tylnego łuku, którego często nie jesteśmy w stanie przez nacięcie dostatecznie otworzyć. Nasza klinika stoi jednak na stanowisku możliwie nieoperowania w polu zakażonem, szczególnie, że operujemy w miejscowem znieczuleniu. Staramy się zawsze przeczekać kilka tygodni od ostatniego ostrego zapalenia, jak dotychczas w żadnym przypadku nie przeżyliśmy wskutek czekania jakiejkolwiekbądź komplikacji. Wyjątkowo jednak może okazać się potrzeba natychmiastowej operacji w razie wystąpienia ogólnych poważnych objawów.

Jako przeciwskazanie uważamy także do pewnego stopnia przewlekły nieżyt błony śluzowej gardła, połączony z wysychaniem,

U kobiet operację wykonujemy w okresie międzymiesiączkowym, nie później jak na 7 dni przed mającą wystąpić miesiączką.

Przygotowanie chorego do operacji polega na zbadaniu wewnętrznem, czy niema przeciwskazania do operacji, ewentualnem badaniu krzepliwości krwi, mierzeniu ciśnienia oraz kontroli jamy ustnej.

Chory w przeddzień operacji zostaje przyjęty do kliniki i otrzymuje Calc. lact. (trzy razy dziennie 0.5). W dniu operacji zostaje naczczo. W razie potrzeby dajemy cardiaca i sedativa. Zaznaczyć należy, że ambulatoryjnie operacji nigdy nie wykonywamy. Operujemy w pozycji siedzącej chorego, jednoczasowo, w znieczuleniu miejscowem. Tylko w ciężkich przypadkach, szczególniej w ciężkich wadach serca, kiedy każdy ruch dla chorego jest niewskazany, operujemy w pozycji półleżącej, niekiedy dwuczasowo, aby oszczędzić dużego szoku operacyjnego. Również przy znacznem nadciśnieniu operujemy niekiedy dwuczasowo, krwawienie bowiem jednostronnie jest łatwiejsze do opanowania. Operujemy w znieczuleniu $^1/_2$% nowokainą z dodatkiem adrenaliny, unikając nakłucia zakażonej tkanki gruczołowej. Przy znieczulaniu choremu nierzadko robi się słabo, stany te mogą przechodzić niekiedy w omdlenia, poza tem nie przeżyliśmy żadnych innych groźnych komplikacyj podczas znieczulania. Dużą rolę gra tu stężenie roztworu nowokainy. Zasadniczo im jest mniejsze, tem chory lepiej je znosi. Inni autorowie używający silniejsze stężenia 1 — 2%, opisywali zapady i stany komatyczne a nawet zejście śmiertelne. Może tu grać pewną rolę nadwrażliwość na nowokainę, albo dostanie się płynu znieczulającego wprost do krwiobiegu.

Zasadnicze zagadnienie, czy operować w znieczuleniu miejscowem, czy w uśpieniu, zdaje się być przesądzonem na korzyść pierwszego, jeżeli uwzględnimy, że u nas ropnie płuc po tonsillektomji są nieznane, jak również zapalenia płuc — powikłania, często spotykane w Ameryce, gdzie operują przeważnie w uśpieniu.

Niektórzy autorowie podnoszą przeciw znieczulaniu miejscowemu występowanie po niem miejscowych zmian zapalnych. Z naszego materjału jednak okazuje się, że przy odpowiedniej ostrożności zmiany te występują w bardzo małym procencie; dodać należy, że przy narkozie odpada szok operacyjny, który w mniejszym lub większym stopniu istnieje w przeważnej liczbie przypadków; szok ten jest mniejszy w razie operowania w pozycji leżącej.

Przebieg operacji jest następujący: po uprzedniem obmyciu twarzy chorego jodalkoholem, zawieszamy na szyi wyjałowiony kompres, aby uchronić instrumenty i ręce operatora od zbrukania. Następnie pendzlujemy kilkakrotnie 5 — 10% kokainą całą cieśń gardła wraz z tylną jego ścianą. Poczem znieczulamy roztworem $^1/_2$% nowokainy

z małą domieszką adrenaliny najpierw powierzchownie przedni i tylny łuk oraz wykonywamy dwa do trzech głębokich wkłóć tuż i równolegle do bocznej powierzchni migdałków. Przy tem należy uważać, żeby nie przekłuć samego migdałka. Poznajemy to po oporze, jakim twarda tkanka gruczołowa przeciwstawia się dalszemu wkłuwaniu. Przy znieczulaniu należy również zwrócić uwagę, aby nie wprowadzić znieczulenia przez naruszenie naczynia do krwiobiegu. Poznajemy to: cofając tłok strzykawki, przy nakłuciu naczynia w strzykawce otrzymamy krew. W razie stwierdzenia krwi należy znieczulenie w tem miejscu przerwać. Ilość zużytej nowokainy dla znieczulenia obu migdałków jest rozmaita i waha się od 8 do 20 cm^3. Zależne jest to od wrażliwości chorego, wielkości migdałka, głębokości nisz, wreszcie od zrostów; zbite zrosty przeszkadzają przenikaniu znieczulenia. Ilość zużytej do znieczulenia nowokainy jest mniejsza niż podają inni autorowie.

Przystępując do samego wyłuszczenia, wyciągamy zapomocą specjalnych szczypców Museux migdałek z niszy, wkłuwamy między przedni łuk a migdałek ostro zakończony nożyk, a następnie przez tak wytworzoną szczelinę wprowadzamy nożyk kulkowy, zapomocą którego oddzielamy przedni i tylny łuk od migdałka. Nożyk należy prowadzić tuż przy migdałku, między nim a mięśniami łuków, w ten sposób oszczędzamy łuki. Mając zwolnione łuki, przystępujemy do wyważenia zapomocą tępej skrobaczki migdałka, uwalniając go zapomocą skrobaczki z luźnych zrostów i zlepów. Wszystkie twarde zrosty przecinamy na ostro nożyczkami, tuż przy migdałku, unikając w ten sposób wszelkich miażdżeń i rozdzierań tkanki. W ten sposób postępując ku dołowi dochodzimy do momentu, w którym migdałek resztkami tkanki okołomigdałkowej trzyma się na dolnym biegunie, wtedy zakładamy nań pętlę i przez ściągnięcie jej uwalniamy ostatecznie migdałek, przytem jednocześnie ulegają zmiażdżeniu naczynia krwionośne, biegnące zazwyczaj w większej liczbie do dolnego bieguna; jest to tem korzystniejsze, że podwiązywanie naczynia w dolnym biegunie niszy jest niekiedy trudne. W ten sposób wykonana operacja po obydwóch stronach trwa około 15 minut. Pozostaje zatrzymanie krwawienia. Zasadniczo podwiązujemy wszystkie naczynia krwawiące lub sączące. Należy pamiętać, że operujemy w tkance zanemizowanej znieczuleniem, dlatego może nawet niewinne sączenie po ustąpieniu znieczulenia przejść w krwotok. Niekiedy ciężko jest podwiązać naczynia w dolnym biegunie oraz na tylnej powierzchni przedniego łuku. Również niekiedy trudnem jest, ale rzadko niemożliwem, pod-

wiązanie naczynia w bliznie, krwawienie to jest tem uporczywsze, że blizny utrzymują stale ziejące światło naczynia. Ważne ze względu na następczy krwotok jest niemaltretowanie tkanki, jeżeli bowiem naczynie o świetle nieco zwężonem przez adrenalinę ulegnie częściowemu zmiażdżeniu, przyczem reszta światła czasowo zaniknie, a skutkiem tego nie będziemy mieli podczas zabiegu krwawienia, może wystąpić krwotok po przejściu działania znieczulenia, kiedy ściany naczynia odprężą się, otwierając na nowo światło. Inaczej się rzecz ma przy przecinaniu na ostro. Tu niema dodatkowego zapadania się ścian naczynia wskutek zgniecenia i o ile nie dotyczy to zbyt małego, pozostaje ono mimo to ziejące, a stąd występuje odrazu krwawienie z tego naczynia, które możemy złapać i podwiązać, nie narażając chorego na późniejsze krwotoki. Dzięki takiemu wczesnemu podwiązywaniu ilość pooperacyjnych krwotoków bardzo znacznie spadła i należy obecnie u nas do rzadkości.

Podczas operacji staramy się o ile możliwe oszczędzać tkanki, unikając wszelkiego miażdżenia, gdyż zmiażdżona tkanka ulega łatwo obumarciu, stąd łatwo powstaje gorączka pooperacyjna i tworzenie się grubych nalotów. Przy oddzielaniu się tych nalotów 7 — 8 dnia może wystąpić krwotok, dość często opisywany przez innych autorów. Operując na ostro, unikamy tego. Wreszcie oszczędzamy choremu bólów, wszelkie bowiem silne pociąganie za zrosty jest bolesne. Operując na ostro, operujemy krócej.

Pozostaje jeszcze sączenie miąższowe, zazwyczaj bez znaczenia, tylko w przypadkach nadciśnienia stanowi ono powikłanie pooperacyjne. Wkładamy wtedy gazik z surowicą do niszy, który zazwyczaj wystarcza do opanowania sączenia. W bardzo rzadkich przypadkach zakładamy uciskadło.

Przy zwykłem wyłuszczeniu zasypujemy nisze kseroformem, dajemy lód na szyję. W pierwszym dniu po operacji chory nie płócze, w razie bólów okład wysychający, analgetica (Cibalgina). W drugim dniu chory zaczyna płókać, w razie bólów chory dostaje okłady wysychające, cibalginę w kroplach i ewentualnie w razie potrzeby cardiaca i antipyretica. Podobnie w trzecim i czwartym dniu. Zwyżka temperatury w czwartym, piątym i szóstym dniu po operacji oznacza zazwyczaj jakieś powikłanie natury ogólnej lub miejscową sprawę zapalną przyranną, czy to w postaci nekrozy tkanek, nacieku zapalnego, czy wreszcie ropnia. Powikłanie to należy obecnie u nas do rzadkości. Przy stwierdzeniu tego rodzaju powikłania postępujemy w myśl ogólnie przyjętych zasad.

W kilkunastu przypadkach wykonano wyłuszczenie sposobem *Sludera*, dotyczy to szczególnie dzieci do lat 10-ciu.

Zwykle o ile operacja odbyła się bez większych powikłań, o ile przebieg pooperacyjny był prawidłowy, chorego wypisujemy piątego lub szóstego dnia do domu. Należy przytem zawsze uwzględnić warunki, do jakich chory powraca, obawiamy się tu głównie ewentualnego zakażenia świeżych ran po wyłuszczeniu. W razie grubych nalotów włóknikowych, kiedy występuje nekroza tkanki, przy krwawieniach, przy sączeniach pooperacyjnych, przy utrzymującej się podwyższonej temperaturze, przetrzymujemy chorego w klinice dłużej. Dziś jest to rzadkie, przedtem było o wiele częstsze. Dawniej chory przeważnie leżał po operacji około 8 do 9 dni, głównie dla wyżej wymienionych powodów; to też przed kilku jeszcze laty tonsillektomja była zabiegiem poważnym, przy którym dość często zdarzały się krwotoki pooperacyjne, niekiedy nawet bardzo ciężkie. Obecnie należy tonsillektomja do lżejszych, codziennych zabiegów, często nawet zbyt lekceważonych. Ten wzrost zaufania do tonsillektomji, jako zabiegu operacyjnego, tak u laików, jak u lekarzy odbił się wyraźnie na wprost kolosalnym wzroście tonsillektomji, wykonywanych na klinice.

Z powikłań pooperacyjnych najważniejsze są krwotoki pooperacyjne, liczba ich w ostatnich latach dzięki wczesnemu podwiązywaniu naczyń bardzo znacznie spadła. O ile dawniej zdarzały się krwotoki na porządku dziennym, obecnie np. w roku 1932 na 245 wyłuszczeń było zaledwie 5 krwotoków pooperacyjnych, z tego na wyłuszczenie z powodu tonsillitis chr. (przypadki bez powikłań) przypadają dwa krwotoki na 130 operacyj, na wyłuszczenia z powodu angin z ropniami i ze zrostami, gdzie uraz tkanek przy operacji musiał być większy, przypadają trzy krwotoki na 28 operacyj. Procentowo najczęściej zdarzają się krwawienia pooperacyjne w schorzeniach nerek i serca, zależnie od ciężkości tych schorzeń, następnie po wyłuszczeniu migdałków z dużemi zrostami, gdzie uraz tkanki zawsze musi być większy; najrzadziej po zwykłych wyłuszczeniach w chronicznych zapaleniach migdałków. Przy krwotokach pooperacyjnych postępujemy podobnie jak przy operacji. Staramy się złapać naczynie i podwiązać. Niekiedy zdarza się, że naczynie draśnięte przy wyłuszczeniu nie krwawi, dopiero po przejściu znieczulenia występuje tętnicze krwawienie. Dzięki umiejętności podwiązywania krwotoki pooperacyjne stają się mniej groźne. W razie niemożności podwiązania, gdy naczynie leży w twardej bliźnie, zakładamy uciskadło. Zakładanie uciskadła należy u nas obecnie do rzadkości, z krwawie-

niem miąższowem postępujemy jak poprzednio, dożylnie po 10 cm 10% calc. chlor. i natr. brom. lód na szyję, spokój.

Co do przebiegu krzywej gorączkowej pooperacyjnej, to należy zwrócić uwagę, czy chory przed zabiegiem gorączkował, Na stany podgorączkowe wyłuszczenie nie miało większego wpływu; w czasie kilkudniowej obserwacji na klinice np. na 33 przypadki ze stanami podgorączkowemi przed operacją, gorączkowało nadal 24. W przypadkach, gdzie chory przed zabiegiem nie gorączkował, zabieg nie powoduje przeważnie dużej zwyżki temperatury. Temperatura podnosi się zaledwie o kilka dziesiętnych stopnia, spadając drugiego, trzeciego dnia do normy. Zdarzają się jednak u chorych, u których przed operacją ciepłota była prawidłowa, lekkie podwyższenia ciepłoty, trwające przez dłuższy lub krótszy przeciąg czasu. Na 500 przypadków, które przed operacją nie okazywały podwyższenia ciepłoty, w 57 przypadkach po wyłuszczeniu migdałków wystąpiło lekkie podwyższenie ciepłoty, trwające kilka do kilkunastu dni. W 28 zaś przypadkach chorzy okazywali silniejsze podwyższenia ciepłoty. Nie kiedy po zwykłem wyłuszczeniu temperatura podnosi się w pierwszym i drugim dniu o 1—1½%, spadając zwykle po dwóch lub trzech dniach bądź raptownie, bądź powoli do stanu prawidłowego.

Inaczej rzecz przedstawia się u chorych ze schorzeniami serca, u chorych z cierpieniem nerek, z gośćcem, u chorych ze zmianami gruźliczemi w płucach. Ci daleko łatwiej reagują na zabieg gorączką w formie nagłej, silnej zwyżki temperatury, bądź stanem podgorączkowym. Chorzy ze zmianami gruźliczemi w płucach okazują po operacji silniejsze podwyższenie ciepłoty, a jednocześnie stwierdzić możemy zaostrzenie sprawy w płucach, która zresztą dość szybko uspakaja się.

U chorych z zapaleniem nerek po zabiegu występowała również nieraz gorączka w postaci stanów podgorączkowych lub kilkudniowej wysokiej temperatury. Zwyżka temperatury była zazwyczaj spowodowana zaostrzeniem zapalenia nerek, gdzie występowały również bóle w okolicy nerek, pojawienie się lub zwiększenie białka w moczu, niekiedy pojawiały się w osadzie wałeczki i krwinki, a więc mieliśmy doczynienia z zaostrzeniem sprawy w nerkach. I tu również przeważnie sprawa uspakajała się w kilka dni przy odpowiedniem leczeniu i djecie.

Najżywiej reagowali na zabieg podwyższeniem ciepłoty chorzy ze zmianami gośćcowemi w stawach; u tych chorych mieliśmy dość częste zaostrzenia sprawy zapalnej w stawach, występowała większa

bolesność, obrzęk, niekiedy nawet zaczerwienienie. Na 64 przypadków — 16 przypadków okazywało ciepłotę po operacji powyżej 37^0, a w 7 przypadkach ciepłota przekraczała 38^0. Objawy miejscowe w stawach, jakoteż podwyższenie ciepłoty, przeważnie dość szybko ustępowały, przyczem zauważyć należy, żeśmy operowali zawsze w okresie międzynapadowym, a więc gdy objawy lokalne ze strony stawów były nikłe.

W końcu należy omówić powikłania ze strony serca. Operowaliśmy tylko w stanach kompensacji, niekiedy u chorych bardzo wyczerpanych dwuczasowo, w pozycji półleżącej chorego, ażeby nie narażać serca na zbyteczny wysiłek. Okazało się, że w ten sposób wykonaną operację chorzy znosili bardzo dobrze i ci reagowali dość często zwyżką temperatury powyżej 38^0 lub temperatura utrzymywała się przez czas obserwacji klinicznej stale na powyżej 37^0, dotyczy to jednak przeważnie przypadków, które przed wyłuszczeniem gorączkowały.

W kilku przypadkach endocarditis lenta mieliśmy po tonsillektomji przejściową poprawę sprawy chorobowej na kilka miesięcy.

Co się tyczy chorych z zapaleniem nerek, to mamy za mały materjał, żeby wysnuć jakieś wnioski co do dalszego przebiegu cierpienia, tem bardziej, że operowaliśmy przeważnie w przewlekłych stanach, gdzie widoki na korzystne wyniki pooperacyjne są małe W przypadkach reumatyzmu operowaliśmy głównie w przypadkach polyartritis chr. secundaria, a więc w najwdzięczniejszej postaci reumatyzmu. Niestety jednak po wyjściu chorych z kliniki traciliśmy z nimi kontakt, tak że wyników tonsillektomji na przebieg gośćca stawowego nie jesteśmy w stanie podać.

Z innych powikłań pooperacyjnych zauważyliśmy jednak stosunkowo bardzo rzadko przejściowy niedowład podniebienia miękkiego, chory zwykle skarżył się na przedostawanie się pokarmów, szczególnie płynów z jamy ustnej przy połykaniu do nosa. Dość często występuje po operacji ból ucha, jednak zazwyczaj bez zmian przedmiotowych, tylko niekiedy widzimy zaczerwienienie błony bębenkowej. W jednym przypadku przyszło do zapalnego zajęcia ucha środkowego z następczem zapaleniem wyrostka sutkowego, gdzie mimo odpowiedniego leczenia przyszło do wydłótowania wyrostka. Dotyczyło to kobiety lat 25, która zgłosiła się do kliniki z powodu powtarzających się angin, celem wyłuszczenia. Już pierwszego dnia po zwykłej niepowikłanej tonsillektomji wystąpiła temperatura do 39^0 i ból ucha prawego, zaczerwienienie i obrzęk błony bębenkowej. Na-

stępnego dnia nastąpiło przebicie błony bębenkowej i wyciek ropny oraz bolesność wyrostka sutkowego. Wyciek i bolesność na wyrostku stale się utrzymywały przez 4 tygodnie. Zdjęcie Roentgena wykazało gorszą powietrzność i zamazanie struktury komórkowej wyrostka. Próba zimna *Zalewskiego* wykazała wskaźnik 4. Podczas trepanacji okazało się dość duże zniszczenie, idące na zatokę żylną, ściany zatoki niezmienione. Przebieg pooperacyjny typowy, chora w trzy i pół tygodnia opuściła klinikę.

Co do wieku chorych operowanych, rzecz przedstawia się następująco: najmłodszy chory miał 9 lat, najstarszy 55 lat. Podział wedle wieku przedstawia się w następujący sposób:

Wykonano operacji.

WIEK	Mężczyźni	Kobiety	Razem
Przed 10 rokiem życia	5	5	10
Od 11 do 15 lat	13	28	41
„ 16 „ 20 „	86	182	268
„ 21 „ 25 „	141	195	336
„ 26 „ 30 „	92	126	218
„ 31 „ 35 „	34	45	79
„ 36 „ 40 „	28	10	38
„ 41 „ 45 „	8	13	21
„ 46 „ 50 „	2	5	7
„ 51 „ 55 „	2	2	4

Z powyższej tablicy widać nadwyżkę kobiet nad mężczyznami (606 na 414). Nadwyżka ta jest największa między 15 a 20-tym rokiem życia (182 na 86). Największy procent operacji przypada na wiek chorych między 20 a 25-tym rokiem życia, bo prawie $^1/_3$ (33%). Następnie na 15 — 20 rok życia $^1/_4$ (około 26%), potem na wiek między 25 a 30-tym rokiem życia (21%). Po 30 latach ilość operacyj nagle spada, i tak na wiek między 30 a 35-tym rokiem życia wypada około 8%, na wiek między 35 a 40 rokiem życia około 4%, na wiek między 40 a 45-tym rokiem życia 2%. W wieku między 45 a 50-tym rokiem życia przypada około 0.7% operacyj, wreszcie powyżej 50 roku życia wypada tylko 0.4%.

Co się tyczy dzieci, to na wiek poniżej 10 lat przypada około 1%, a na wiek pomiędzy 10 a 15-tym rokiem życia około 4%.

Widoczny jest również bardzo silny wzrost liczby wykonywanych wyłuszczeń w ostatnich latach i tak np. w roku 1926 było na około 200 leżących w klinice chorych (w ciągu roku) zaledwie 27 wyłuszczeń, podczas gdy w roku 1932 na 537 chorych 245 wyłuszczeń, a więc o ile ogólna liczba chorych, leczonych na klinice, wzrosła $2^1/_2$ razy, to liczba chorych na migdałki urosła dziewięciokrotnie. O ile dawniej chory przed operacją uciekał, obecnie wprost napiera się operacji, niekiedy tam, gdzie niema wskazań.

Na 1022 tonsillektomji mieliśmy 4 zejścia śmiertelne. Jeden przypadek dotyczył mężczyzny lat 22. W wywiadach podawał, że przed trzema laty po zapaleniu gardła wystąpiło zapalenie stawów, powikłane zapaleniem wsierdzia. Od tego czasu częste zapalenia gardła, po których stale występowało zaostrzenie w stawach i podrażnienie wsierdzia. Ostatnio był leczony w klinice wewnętrznej, która zdecydowała wycięcie migdałków. W stanie obecnym badanie narządu krążenia wykazuje: wypukiem rozszerzenie komory lewej, przysłuchem nad końcem serca szmer skurczowy, udzielający się ku pasze lewej. W punkcie Erba szmer przedskurczowy, nad tętnicą płucną pierwszy ton nieczysty, drugi zaakcentowany. Elektrokardjograf: zaznaczona przewaga na prawo, oraz drżenie przedsionków. Prześwietlenie Roentgenem: serce w konfiguracji mitralnej, przedsionki powiększone, komora lewa większa, vitium mitrale: stenosis cum insuff. Pod wpływem leczenia w klinice chorób wewnętrznych nastąpiła poprawa stanu serca. Badaniem miejscowem stwierdzono: migdałki małe, niewystające z poza łuków, o powierzchni nierównej, w niszach czopów nie stwierdzono. Błona śluzowa gardła i łuków nieco rozpulchniona. U chorego wykonano wyłuszczenie w sposób typowy. Migdałki okazały się dużemi, dość twardemi, czopów ropnych mało, zrosty z otoczeniem, szczególnie po stronie lewej, które przecięto na ostro, dwa krwawiące naczynia podwiązano. Rany pooperacyjne zasypano sproszkowaną tarczycą. Stan po zabiegu zupełnie dobry. W kilka godzin po zabiegu wystąpił krwotok z dolnego bieguna lewej niszy. Założono tampon, krwawienie ustało. Po godzinie powtórne sączenie, założono uciskadło, krwotok ustał. Stan ogólny znacznie się pogorszył, wystąpiła bladość, poty, osłabienie i nudności. Chory wymiotował nieco krwi. Tętno szybkie, małe, niemiarowe. Choremu podano środki nasercowe, które jednak stanu chorego nie poprawiły. Wieczorem tego samego dnia wystąpiła duszność, osłabienie serca postępowało szybko, pomimo podania adrenaliny dosercowo i nastąpiła śmierć. Sekcja wykazała: rozszerzenie serca

znacznego stopnia, przerost obu komór, niedomoga wszystkich zastawek i zwężenie zastawki dwudzielnej bardzo znacznego stopnia (przechodzi cienki ołówek). W przypadku tym mieliśmy wadę serca z dominującą niedomykalnością i zwężeniem zastawki dwudzielnej, nieskompensowanej. W tym przypadku, widzimy, było wyłuszczenie migdałków zabiegiem przechodzącym siły żywotne chorego.

Następny przypadek dotyczył mężczyzny lat 25. W wywiadach podawał, że przed 6 miesiącami zapadł na ostre zapalenie gardła, po którem w dwa tygodnie później wystąpiło ostre zapalenie stawów, trwające kilka tygodni. Od tego czasu każde przeziębienie gardła powoduje nawrót zapalenia stawów, do którego dołączyło się i zapalenie wsierdzia. W stanie obecnym stwierdza się: migdałki nieco wystające z poza łuków, nierównie, o licznych niszach, przy ucisku z nisz wydobywają się czopki ropne. Nad końcem serca słyszalny szmer skurczowy. Stawy bez większych zmian. U chorego po zwykłem przygotowaniu wykonano typowe wyłuszczenie, przy operacji krwawienie obfite, po stronie prawej podwiązano tętniące naczynie. Po operacji chory czuł się dobrze, w kilka godzin potem obfite wymioty krwią, wystąpiło uporczywe sączenie z obu nisz, założono obustronne uciskadło, dożylnie zaś 10 cm. 10% calc. chlor. i natr. brom. Sączenie nadal utrzymywało się. W nocy wystąpiło krwawienie, tętno pierwotnie dobre, znacznie przyspieszyło się, nierówne, słabo napięte. Sączenie stale się nadal utrzymywało, bez wyraźnego krwawienia tętniczego. Chory otrzymał 40 cm. surowicy, 40 cm. żelatyny, 30 calc. chlor., cardiaca. Chory robi wrażenie skrwawionego, otrzymał trzy razy infuzję. Sączenie, szczególnie po stronie prawej stale się utrzymywało, wobec czego zaszyto łuki po stronie prawej. Sączenie nieco zmniejszyło się. Stan chorego nadal bardzo groźny, chory zamroczony. Stan taki trwał przez cały następny dzień t. j. trzeci po operacji. Tętno coraz gorsze, w miejscach zrobionych infuzji odczyn zapalny skóry, temperatura przeszło 38^0, chory stale zamroczony. Czwartego dnia po operacji stan podobny. Wobec krwawienia chorego wykonano transfuzję krwi. Po transfuzji chory zmarł. W przypadku tym powikłanym zapaleniem stawów i wsierdzia mieliśmy niewątpliwie obniżenie krzepliwości krwi, stąd uporczywe krwawienie miąższowe. Chory mimo wszelkich środków pomocy zmarł.

Trzeci przypadek dotyczył mężczyzny lat 48 z cukrzycą, u którego wykonano w sposób typowy tonsillektomję. Sama operacja i przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowe. Trzeciego dnia na sali, w której chory leżał u jednego z chorych stwierdzono różę przyranną po trepanacji wyrostka sutkowego. Już drugiego dnia wystąpiło

lekkie zaczerwienienie łuków podniebiennych i tkliwość gruczołów podszczękowych. Następnego dnia temperatura 37.4^0, zaczerwienienie i obrzęk łuków. Chory otrzymał 2 cm^3 omnadyny. W dwa dni później stan chorego znacznie się pogorszył, zaczerwienienie i obrzęk podniebienia miękkiego bardzo duży, dochodzący szczególnie po lewej stronie na środkową i dolną część gardła i na krtań, silny obrzęk obustronny gruczołów podszczękowych, tętno szybkie, słabo napięte; podano ponownie 2 cm^3 omnadyny i cardiaca. Przez dwa następne dni stan chorego stale się pogarszał; u chorego stwierdzono zapalenie płuc. Miejscowe zmiany nieco mniejsze, mimo tego wystąpiła u chorego sinica, niedomoga serca i chory 10 dnia po wyłuszczeniu zmarł. W przypadku tym mieliśmy chorego o zmniejszonej odporności z powodu cukrzycy, u którego 4 dnia prawidłowego przebiegu pooperacyjnego przyszło wskutek zakażenia streptococcami do ostrych zmian zapalnych, przyrannych (zaczerwienienie i obrzęk podniebienia miękkiego, schodzące w dół ku krtani z zajęciem gruczołów podszczękowych), u którego dołączyło się ostatecznie ciężkie zapalenie płuc.

Czwarty przypadek dotyczy kobiety lat 18, u której z powodu często powtarzających się zapaleń ropnych migdałków podniebiennych wykonano wyłuszczenie. Przebieg pooperacyjny był prawidłowy, jedynie rany okazywały większe szare naloty. Szóstego dnia po operacji chora opuściła klinikę, pomimo przedstawień, że stan ran wymaga pozostania w klinice. Po tygodniu chora wróciła do kliniki z ropniem po stronie prawej w gardle i z silnem nacieczeniem, z ropniem głębokim szyi po stronie prawej i z wysoką gorączką. Tak w gardle jak i na szyi ropień nacięto. Przebieg pooperacyjny był prawidłowy. W kilka dni później z rany na szyi chora zaczęła silnie krwawić. Krwotok z wielkiemi trudnościami opanowano, o podwiązaniu jednak naczyń w tkance zapalnej kruchej mowy nie było. Zdecydowano się na podwiązanie tętnicy szyjnej wspólnej, odszukanie bowiem i dojście do tętnicy szyjnej zewnętrznej w tkance nacieczonej było niemożliwe. W parę godzin po podwiązaniu wystąpiło lewostronne porażenie kończyn, chora straciła przytomność a w kilka godzin nastąpiła śmierć. Przypadek ten jest pouczający z tego względu, że przy wypuszczaniu chorego z opieki powinniśmy brać pod uwagę nie tylko możliwość wystąpienia krwotoku, ale także możliwość zakażenia ran pooperacyjnych w niekorzystnych warunkach. Chory powinien opuścić klinikę dopiero wtedy, kiedy minie możliwość wystąpienia krwawienia a rana oczyści się zupełnie i całkowicie pokryje się ziarniną.

Rozpatrując krytycznie cztery przypadki śmierci po tonsillektomji, w dwu pierwszych musimy przyjąć, iż bezpośrednią przyczyną śmierci była sama operacja. W pierwszym przypadku omyliliśmy się co do sił życiowych chorego; określenie sił życiowych organizmu przedstawia dużo do życzenia przy obecnym stanie nauki, nie będziemy mogli i w przyszłości ustrzec się tych omyłek. Co do drugiego przypadku, to nie jest wykluczone, iż obustronne podwiązanie tętnicy szyjnej zewnętrznej uratowaćby mogło chorego. W ostatnich 2 przypadkach przyczyną śmierci były powikłania, które wystąpiły po operacji. Na powstanie zapalenia płuc po jakiejkolwiek operacji — jak to mieliśmy w trzecim przypadku — musimy być przygotowani, przypadki takie do częstych nie należą. W przypadku tym mieliśmy też silny obrzęk przyranny, którego przyczyny szukamy w zakażeniu różą od chorego z tej samej sali; niewątpliwie sprawa ta mogła się przyczynić do zmniejszenia odporności, wskutek czego łatwiej rozwinęło się zapalenie płuc. Co do czwartego przypadku, to tylko wczesne wypuszczenie z opieki lekarskiej było przyczyną powikłań, które sprowadziły śmierć. Śmiertelność po podwiązaniu arteria carotis communis jest duża. Cztery przypadki śmierci na 1022 tonsillektomji zapewne to nie dużo, liczyć się musimy jednak z tem, że w żadnym z tych przypadków nie było wskazania życiowego do operacji; operacja bezpośrednio lub pośrednio była więc przyczyną śmierci. Pomimo najdalej posuniętej ostrożności przypadki nieszczęśliwe zdarzać się niewątpliwie będą. Wspomnieć też muszę, że w naszych przypadkach bardzo często spostrzegamy objawy szoku pooperacyjnego: chorzy okazują większe osłabienie pooperacyjne niż po innych dłuższych operacjach np. po operacji jamy szczękowej lub czołowej, które wykonywamy też w znieczuleniu miejscowem przy użyciu znacznie większej ilości środka znieczulającego, niż przy tonsillektomji.

Tonsillektomja powinna być wykonywana tylko według ścisłych wskazań; stanowczo należy się bardzo zastanowić przed wykonaniem wyłuszczenia migdałków w przypadkach, gdzie nie mogąc odnaleźć przyczyny np. stanu podgorączkowego, wyłuszcza się jeszcze migdałki.

Ze względu na możliwość wystąpienia krwotoku i powikłań nie powinno się robić operacji ambulatoryjnie; chory powinien pozostawać w stałej opiece tak długo, aż zniknie obawa wystąpienia krwawienia następczego i innych powikłań.

Należy dążyć do wykrycia sposobów badania, któreby nam lepiej niż dotychczasowe dawały możność określenia stanu chorobowego migdałków podniebiennych; pozwoli to nam ściślej określić wskazania do operacji i wpłynie na zmiejszenie ilości zbędnych zabiegów.

(Z Kliniki Otolaryngologicznej U. P. Dyr. Prof. Dr. *Laskiewicz*).

Podała:

Dr. M. ŁĄCZKOWSKA
Asyst. wolont. Kliniki Oto-laryng. U. P.

Wpływ schorzeń usznych na powstawanie wad mowy.

Schorzenia uszne wpływają na wytwarzanie się wady mowy o tyle, o ile upośledzają słuch. W jakim stopniu utrata lub upośledzenie słuchu wpłynie na wytworzenie się wady mowy, zależy od wieku, w którym nastąpi utrata lub też przytępienie słuchu. Głuchota wrodzona oraz nabyta przed 7-mym rokiem życia jest przyczyną głuchoniemoty. Utrata, względnie upośledzenie słuchu u dorosłego, u którego mowa już jest wykształcona i ustalona, nie powoduje utraty ani też zaburzenia mowy. Przypadki otosklerozy, w następstwie których wystąpiło seplenienie, opisane przez *Fröschelsa*, należą do rzadkości. U dzieci małych niewielkie przytępienie słuchu wywołuje zaburzenie mowy. Słuch oraz jego prawidłowy rozwój jest obok rozwoju zwrotu, poczucia mięśniowego, ruchów dowolnych oraz rozwoju ogólno-psychiczno-fizycznego jednym z ważniejszych warunków prawidłowego rozwoju mowy.

Dziecko nie rodzi się głuchem, jak to przypuszczali dawniejsi autorzy. Według *Kutwirta* 75% noworodków w pierwszych 24 godzinach reaguje na C_1, C_2 i C_3. Od drugiego miesiąca dziecko odróżnia rozmaite dźwięki, uspokaja się pod wpływem niskiego głosu męskiego, żywo reaguje na dźwięki muzyczne i śpiew, odpowiada uśmiechem, gdy się przemawia do niego.

Pierwsze dźwięki wydaje w 4—7 tygodniu, zależnie od wrodzonej fizjologicznej zdolności, z wrodzonej potrzeby mówienia. Okres ten wydawania dźwięków na skutek wewnętrznych wrodzonych impulsów trwa do 8—9-go miesiąca. Występuje on u każdego dziecka. U dzieci głuchych rozwój mowy staje na tym punkcie rozwoju. Dziecko, normalnie słyszące, zaczyna w 8—9-tym miesiącu naśladować obce dźwięki i słowa z pewnym dodatkiem samokontroli. U dziecka głuchego brak jest naśladownictwa i samokontroli, stąd mowa głuchoniemego nie przypomina mowy ludziej.

Wpływ naśladownictwa na rozwój mowy w pierwszych 3 latach jest dominujący. Obok słuchu pewną rolę odgrywa również zdolność pojmowania, pamięć oraz motoryczne zdolności mówienia.

U dziecka, u którego osłabione są wrażenia słuchowe, nie dochodzą do świadomości podobnie brzmiące dźwięki w dostatecznem zróżniczkowaniu. Również działanie sfery słuchowej na sferę ruchową mowy jest osłabione. Spostrzegamy, że dzieci z osłabionym słuchem później zaczynają mówić, niż normalnie słyszące. Wskutek niemożności poprawiania siebie przez porównywanie swojej mowy z mową otoczenia, wytwarza się u dziecka zaburzenie mowy, wyrażające się w wadliwem wymawianiu jednego lub wielu dźwięków. Zaburzenia mowy, występujące u dzieci z osłabionym słuchem, dadzą się naogół podciągnąć pod jeden mianownik: a mianowicie bełkotanie. Nie jesteśmy w stanie określić z całą pewnością, jaki rodzaj bełkotania powstaje przy pewnych zaburzeniach słuchu, co podnoszą różni autorowie. Naogół stwierdzono upośledzenie słuchu dla tonów o wielkiej ilości drgań przy seplenieniu t. zn. przy wadliwem wymawianiu „S". *Bloch* przyjmuje, że wysoki dźwięk „S" wskutek osłabienia słuchu dla tonów wysokich zostaje niedostatecznie lub też wcale nie percepowany. *Köhler* opisuje osłabienie słuchu dla C_5 przy braku wymawiania „s", *Humpf* opisuje osłabienie słuchu dla C_7 przy wadliwem wymawianiu dźwięków syczących.

Przytępienie słuchu wywołuje zawsze osłabienie siły i osłabienie akcentu muzykalnego mowy. Chorzy, nie mając możności kontrolowania nasilenia swej mowy, mówią albo za głośno lub też za cicho. Osłabienie akcentu muzykalnego wyraża się w mowie monotonnej.

Wśród 1310 dzieci z wadami mowy, zgłoszonych w ostatnim roku szkolnym 1932/33 do poradni wad mowy i głosu przy Klinice Uniwersytetu Poznańskiego, u 115 dzieci zbadany został słuch, stan uszu, nosa, nosogardła, krtani i jamy ustnej. Pozatem przeprowadzono u każdego dziecka zebranie wywiadów rodzinnych, dotyczących stanu zdrowia, chorób dziedzicznych, nerwowych i umysłowych, mowy i jej rozwoju:

a) u rodziców z uwzględnieniem pokrewieństwa pomiędzy rodzicami, alkoholizm rodziców oraz chorobv weneryczne;
b) u rodzieństwa z uwzględnieniem ich rozwcju psychicznego i rozwoju mowy.
c) u dalszych krewnych.

Wywiady osobiste dotyczyły:

1) porodu i wieku niemowlęcego;
2) chorób przebytych z uwzględnieniem ewentualnych urazów psychicznych i fizycznych;
3) obecnej wady mowy.

Podział dzieci zbadanych jest następujący:

Dysarthria syllabaris	43 — 37%
Tumultus sermonis	2 — 1.7%
Dysarthria litteralis generalis . . .	7 — 6%
Sigmatismus addentalis	2 — 1.7%
„ interdentalis	23 — 20%
„ lateralis	6 — 5.2%
„ nasalis	1 — 0.8%
Rhotacismus	26 — 22.6%
G + Kappacismus	3 — 2.6%
Rhinolalia	2 — 1.7%
	115

Dzieci badane były według kolejności zgłaszania się w ostatnich miesiącach. **Jąkanie** dotyczyło początkowych okresów i daleko posuniętych. Wśród 43 przypadków jąkania 8 wykazywało słuch normalny. U tychże 8 stwierdzono:

3 przypadki kataru uszu,
2 „ rhinitis chron. hyperplastica,
2 „ deviatio septi nasi,
1 „ crista „ „
1 „ hyperplasia tonsillae pharyngeae.

U 35 słuch był osłabiony, a mianowicie:

w 30 przypadkach C_1 wynosiło 6 — 30 sekund,
„ 24 „ C_2 „ 4 — 40 „
„ 20 „ C_3 „ 4 — 35 „
„ 16 „ Schwabach „ 6 — 12 „
„ 4 „ osłabienie słuchu było jednostronne.

U tychże 35 stwierdzono:

2 przypadki catarrhus aur.
7 „ hyperpl. tons. pharyng.
8 „ rhinitis hyperplast. chr.
9 „ deviatio septi nasi
2 „ crista „ „
6 „ pharyngitis chronica
2 „ hyperpl. tonsillarum palatin.
1 „ „ tonsillae lingualis
5 „ stat. post otit med. chron. purul. bilat.
1 „ „ „ „ „ „ „ sin.

W 11 przypadkach stwierdzono również jąkanie u rodzieństwa, w przeważającej liczbie u chłopców, w 7 przypadkach stwierdzono jąkanie lub jego ślady u rodziców, a mianowicie u ojców i w 5 przypadkach u dalszych krewnych.

W 3 przypadkach w anamnezie stwierdzono leczone choroby nerwowe u rodziców, w 2 alkoholizm ojców.

2 przypadki *tumultus sermonis* wykazywały słuch normalny.

Dysarthria litteral. ogólna:

W 2 przypadkach słuch normalny, w 5 słuch osłabiony dla wszystkich tonów. W ostatnich 5 przypadkach stwierdzono:

1 przypadek tonsillitis chronica,
1 „ catarrhus aur.
1 „ stat. post otit. med. chron. purul. bilat.
1 „ „ „ meningitidem.

W ostatnich pięciu słuch przedstawia się następująco:

C 5—12 C_1 10—35 C_2 15—45 C_3 12—30 C_4 4—12 C_5 5—12 Schw. 7—12. Osłabienie słuchu obustronne.

Wadę tę stwierdzono również w 2 przypadkach u rodzeństwa, w 1 przypadku u rodziców i w 1 przypadku u dalszych krewnych.

Sigmatismus addentalis.

W obydwu przypadkach słuch osłabiony dla wszystkich tonów. C 4—15 C_1 12—35 C_2 12—40 C_3 5—20 C_4 5—18 C_5 5—15 Schw. 10—12. Obustronnie.

Sigmatismus interdentalis.

W 2 przypadkach słuch normalny.

Wśród 21 przypadku osłabienie słuchu było następujące:

W 14 przypadkach C_1 5 — 35,
„ 10 „ C_2 7 — 40,
„ 11 „ C_3 5 — 30,
„ 10 „ C_4 0 — 12,
„ 14 „ C_5 0 — 12,
„ 14 „ Schwabach 8 — 12,
„ 1 „ osłabienie występowało jednostronnie.

Wśród tych 21 przypadków z osłabionym słuchem stwierdzono:

4 przypadki rhinitis hyperplastica,
2 „ pharyngitis chronica,
4 „ tonsillitis „
1 „ deviatio septi nasi,
1 „ catarrhus aur.
2 „ hyperplasia tons. pharyngeae,
1 „ „ „ palatin.

Seplenienie stwierdzono równocześnie w 5 przypadkach u rodziców, w 4 przypadkach u rodzeństwa.

Sigmatismus lateralis.

W 6 przypadkach słuch osłabiony dla wszystkich tonów obustr. C 8—12 C_1 10—30 C_2 15—35 C_3 12—25 C_4 8—15 C_5 6—14 Schw. 10—15.

W 2	przypadkach	stwierdzono	rhinitis hyperpl. chron.,
„ 1	„	„	deviatio septi nasi,
„ 1	„	„	crista „ „
„ 1	„	„	tonsillitis chronica,
„ 1	„	„	hyperpl. tons. pharyng.

Sigmatismus nasalis.

Przypadek po obustronnem przewlekłem ropnem zapaleniu ucha środkowego.

$C_c\,\frac{0}{0}\;C_d\,\frac{0}{0}\;C\,\frac{10}{5}\;C_1\,\frac{15}{15}\;C_2\,\frac{15}{15}\;C_3\,\frac{17}{22}\;C_4\,\frac{15}{20}\;C_5\,\frac{7}{10}\;\sqrt{\frac{4}{4}}$ Schw. $\frac{10}{10}$ R $\frac{+}{+}$ w prawo.

Rhotacismus.

W 6 przypadkach słuch normalny.

„ 5	„	C	7—15 sek.		
„ 14	„	C_1	7—35	„	
„ 12	„	C_2	12—40	„	obustronnie.
„ 15	„	C_3	10—40	„	
„ 3	„	C_4	10—15	„	
„ 6	„	Schwab.	10—15	„	

Wśród 20 przypadków z osłabionym słuchem stwierdzono:

2	przypadki	catarrhus aur.,
3	„	rhinit. chron. hyperpl.
4	„	hyperpl. tons. pharyng.
2	„	„ „ palat.
3	„	deviatio septi nasi
2	„	crista „ „
2	„	pharyngitis chronica
2	„	stat. post otit. med. chron. purul. bilat.

W 3 przypadkach stwierdzono rhotacismus u rodziców, w 1 u rodzieństwa i w 1 u krewnych.

G + Kappacismus:

W 2 przypadkach słuch normalny,

„ 1 przypadku osłabiony po przebytem przewlekłem ropnem zapaleniu ucha środkowego (obustr.)

$C_1\,\frac{20}{20}\;C_2\,\frac{30}{35}\;C_3\,\frac{25}{20}$ Schwabach $\frac{10}{12}$

Rhinolalia:
W jednym przypadku stan po 2 krotnej operacji palatoschisis,
" " rhinitis hyperplastica chronica.
C_1 20—25 C_2 30—35 Schwabach 12—15.
Zestawienie niniejsze jest zapoczątkowaniem pracy, która będzie oparta na większym materjale, by uniknąć wyprowadzania fałszywych wniosków.

Z Kliniki Otolaryngologicznej U.S.B. (Kierownik Prof. Dr. *J. Szmurło*).

Podśluzowe rozszczepienie podniebienia twardego, a niedorozwój innych narządów.

Doc. Dr. BENEDYKT DYLEWSKI.

Rozszczepienie podniebienia bywa rozmaitego stopnia, poczynając od ciężkiego kalectwa — wilczej paszczy, to znaczy niezarośnięcia całej szczęki górnej, łącznie z wargą, i kończąc na nieznacznem rozdwojeniu języczka, widocznem niekiedy tylko przy unoszeniu się podniebienia miękkiego i nie powodującem nawet upośledzenia mowy. Jedną z mało widocznych i dlatego często przeoczanych odmian niedorozwoju podniebienia jest podśluzowe rozszczepienie podniebienia twardego, polegające na niezupełnem zarośnięciu w linji środkowej tylnej części podniebienia twardego, pokrytego normalną błoną śluzową bez widocznych na pierwszy rzut oka zmian na podniebieniu twardem i miękkiem. Często jednak tej wadzie rozwojowej towarzyszy rozdwojenie języczka. W cięższych przypadkach podśluzowego rozszczepienia podniebienia twardego zdjęcie rentgenowskie tego narządu, lub obmacywanie go palcem wykazuje pod błoną śluzową w tylnej części podniebienia twardego trójkątne wcięcie, zwężające się ku przodowi. W lżejszych przypadkach niedorozwoju podniebienia twardego obmacywanie tylnego jego brzegu zamiast szczelinowatego wcięcia wykrywa tylko lekkie owalne wgłębienie w linji środkowej, lub tylko brak zwykle występującego ku tyłowi kolca nosowego tylnego (spina nasalis posterior). W przypadkach podśluzowego rozszczepienia podniebienia twardego często widzimy, że podczas fonacji i dławienia śluzówka podniebienia miękkiego wciąga się w stronę jamy nosowej w szczelinowaty ubytek tylnej części podniebienia twardego,

jak to przedstawia niżej zamieszczony rysunek, wzięty z jednego z obserwowanych przez nas przypadków.



Rysunek Nr. 1.

W przeważającej liczbie przypadków podśluzowego rozszczepienia podniebienia twardego występuje niedomoga podniebienia miękkiego, które podczas mowy niedostatecznie oddziela jamę nosową od gardła środkowego powodując mowę nosową otwartą (Rhinolalia aperta). W niektórych przypadkach mowa nosowa w pewnym stopniu wyrównywa się lub nawet zupełnie ustępuje przy maksymalnym skurczu podniebienia miękkiego, lecz na nowo występuje przy osłabieniu mięśni podniebienia oraz powiększeniu drożności nosa i gardła. Niedomoga podniebienia miękkiego może być łatwo stwierdzona podczas fonacji z wysuniętym lub uciśniętym ku dołowi językiem, gdy skurcz podniebienia miękkiego nie jest już w stanie pokonać słabego napięcia mięśni podniebienno - językowych, wskutek czego powstaje lub wzmaga się mowa nosowa. Mowa zaś w tych przypadkach znacznie traci swój odcień nosowy w pozycji nawznak gdy samo zwisanie podnienia miękkiego ułatwia zbliżenie go do tylnej ściany gardła. U takich osób są przeciwskazane wszelkie zabiegi w nosie i gardle, które jeszcze bardziej osłabiają mięśnie podniebienia miękkiego i rozszerzają jamę nosową i nosowo - gardłową, powodując, lub wzmagając istniejącą już mowę nosową. Często spotykamy w piśmiennictwie, jak również i sami obserwowaliśmy i leczyliśmy fonologicznie przypadki mowy nosowej, powstałej wskutek bezkrytycznego, szablonowego usuwania muszel nosowych, wyrośli adenoidalnych i migdałków u chorych z podśluzowem rozszczepieniem podniebienia twardego, które spotyka się dość często, ale zwykle bywa przeoczane. Na 706 chorych badanych w tym kierunku w Klinice Uszno-Gardlanej U. S. B. stwierdziliśmy 7 (1%) przypadków podśluzowego rozszczepienia podniebienia twardego. Szczegółowo opisaliśmy tę jednostkę choro-

bową z podaniem własnych przypadków i piśmiennictwa w Polskim Przeglądzie Otolaryngologicznym Tom VII, zeszyt 4 (1931). Obecnie chcemy zwrócić uwagę na pewien mało omawiany w odnośnem piśmiennictwie etjologiczny moment w podśluzowem rozszczepieniu podniebienia twardego, na związek tego cierpienia z innemi wadami rozwojowemi ustroju. Zwykle ta nieduża, często przeoczana wada rozwojowa podniebienia występuje i bywała opisywana u osób pozatem normalnie rozwiniętych. Poniżej podajemy dwa, obserwowane przez nas rzadkie przypadki połączenia podśluzowego rozszczepienia podniebienia twardego z wadami rozwojowemi innych, dalej położonych narządów.

Przypadek I, N. N. panna 24 lat zgłosiła się do Kliniki Uszno-Gardlanej U. S. B. z powodu przewlekłego ropienia ucha środkowego. Mowa chorej wykazywała wyraźny odcień nosowy. Badanie wykryło znacznego stopnia podśluzowe rozszczepienie podniebienia twardego, jak to widzimy na podanym wyżej rysunku. Rhinoskopia posterior wykazała, że podniebienie miękkie podczas mowy, a nawet podczas dławienia nie dochodzi do tylnej ściany gardła. Badanie ogólne wykryło znacznego stopnia niedorozwój lewego sutka. Sutek prawy duży, dobrze rozwinięty na wąskiej podstawie, nieco zwisający, natomiast sutek lewy jest mały, słabo zaznaczony w postaci niedużego wzniesienia.

W tym przypadku wadzie rozwojowej podniebienia towarzyszył niedorozwój sutka, narządu położonego daleko od podniebienia.



Rysunek Nr. 2.

Przypadek II. Ryszard K. 6 lat, pierwsze w rodzinie dziecko. Poród normalny, zaczął chodzić w wieku 16 miesięcy. Początek mowy dopiero w 4 roku życia. Odrazu zaczął mówić w nos. Przebył tylko krztusiec i dyzenterję. Błonicy gardła nigdy nie przechodził. Od urodzenia ma zniekształcone małżowiny uszne, których kształt nie zmienił się do chwili obecnej.



Rysunek Nr. 3.

Jak widzimy na fotografji małżowina prawa jest w całości zmniejszona. Obrąbek jest zgięty prawie pod kątem prostym, dołek łódkowaty bardzo głęboki w tylnej części nagle się przerywa bez zakrętu ku dołowi. Silnie wystająca grobelka przebiega prawie poziomo, równolegle do wyprostowanego obrąbka. Wcięcie międzyskrawkowe jest zniesione. Przewód zewnętrzny drożny. Prawa błona bębenkowa matowa, atroficzna.

Małżowina lewa przedstawia się jako narząd szczątkowy. Obrąbek jest zawinięty z przewężeniem pośrodku, na obrąbku widoczne są trzy szczątkowe przetoki ślepo kończące się na głębokości kilku milimetrów od powierzchni skóry. Wejście do przewodu zewnętrznego jest zarośnięte.

Badanie słuchu:

	ucho prawe	ucho lewe
szept	1 metr	0
mowa zwykła .	6 metrów	a.c. (przy samej małżowinie)
granica dolna .	C^{64}	C^{512}

granica górna . N N
Próba Webera nie lateralizuje
Próba Rinné'go ujemna ujemna

Próba obrotowa: po 6 obrotach wprawo natychmiast występuje oczopląs poziomy trwający 25 sekund, a po 6 obrotach wlewo występuje oczopląs poziomo-obrotowy trwający 27 sekund.

Próba cieplna: ucho prawe: w 8 sekund po przepłókaniu ucha 30 cm. wody o ciepłocie 20°C. występuje oczopląs poziomy, trwający 15 sekund.

W uchu lewem próba cieplna niewykonalna wobec zarośnięcia przewodu zewnętrznego. Zdjęcie Roentgena wykazało przerwanie zarysów kanałów półkolistych ucha lewego. Badanie nosa zmian patologicznych nie wykryło, w nosogardle — małe wyrośla adenoidalne, gardło, język — norm. Sklepienie podniebienia wysokie, języczek rozdwojony. Podniebienie miękkie ruchome, lecz niesymetrycznie, podczas fonacji prawa połowa podniebienia miękkiego unosi się nieco wyżej niż lewa i pociąga przytem języczek bardziej ku stronie prawej. Podczas fonacji i odruchu dławienia podniebienie miękkie nie dochodzi do tylnej ściany gardła. W tylnej części podniebienia twardego palec wyczuwa w linji środkowej trójkątne wgłębienie wskutek niezarośnięcia w tem miejscu obu blaszek kostnych podniebienia twardego. Błona śluzowa wciąga się w ten ubytek kostny podczas fonacji w stronę jamy nosowej.

Mowa dziecka jest wyraźnie nosowa. Badanie inteligencji wykazuje zatrzymanie rozwoju inteligencji o 2 lata.

W tym przypadku jednocześnie z podśluzowem rozszczepieniem podniebienia twardego stwierdza się ogólny niedorozwój umysłowy, zatrzymanie rozwoju mowy oraz wada rozwojowa obu uszu zewnętrznych z częściowym niedorozwojem ucha wewnętrznego.

Współistnienie opisanych wyżej ciężkich wad rozwojowych i zatrzymania rozwoju umysłowego i mowy z podśluzowem rozczepieniem podniebienia twardego podnosi wartość tego niedorozwoju podniebienia jako objawu zwyrodnienia.

Z Kliniki Oto-laryngologicznej Uniwersytetu Warszawskiego.
Dyr. Prof. Dr. *Feliks Erbrich.*

Podał Dr. HENRYK LEWENFISZ
st. asystent kliniki.

O wyborze metody operacyjnej w ostrych i przewlekłych ropnych zapaleniach zatok czołowych.

(c. d.)

Fizjologja zatoki czołowej: O czynności zatoki czołowej, jak zresztą wogóle jam dodatkowych nosa, nic konkretnego powiedzieć nie można. Rozwojowo przedstawiają one szczątki narządu powonienia niższych zwierząt. Słusznem zdaje się być przypuszczenie, że powietrzne jamy dodatkowe nosa wpływają na współdźwięk (rezonans) głosu. Pozatem pewnem jest, że każda zmiana ciśnienia powietrza w górnych drogach oddechowych związana jest ze zmianami ciśnienia powietrza w zatokach. Każdy wdech pociąga wraz z prądem powietrza, idącym przez środkowy przewód nosowy, również powietrze z jam dodatkowych. Toteż przy każdym wdechu następuje obniżenie ciśnienia w zatokach. Przy wydechu zaś, zwłaszcza przy forsownym, powietrze z dróg oddechowych przenika częściowo do jam dodatkowych, podnosząc w nich ciśnienie. A zatem każdy głęboki wdech pociąga za sobą w pierwszym momencie obniżenie ciśnienia w jamach dodatkowych, co jednak szybko wyrównywa się; każdy zaś forsowny wydech — wzrost ciśnienia, co również szybko wyrównywa się przy istniejącej komunikacji jamy z nosem.

Przez zetknięcie się ze śluzówką jam dodatkowych powietrze ogrzewa się, obecność zaś gruczołów śluzowych w śluzówce przyczynia się oczywiście i do zwilżenia prądu powietrza. Czynność fizjologiczna, tu wymieniona, zależy, rzecz jasna, w dużym stopniu od mniejszej lub większej komunikacji jam z nosem. Zanika ona zupełnie gdy otwory komunikacyjne zostają zamknięte czy to przez wydzielinę, czy przez obrzmienie, czy też przez zmiany patologiczne w jamach (obrzmienie śluzówki, ropniak, nowotwory, torbiele).

Patogeneza. Schorzenia zatok w większości przypadków powstają na tle chorób zakaźnych, rzadziej spowodowane są urazem lub sprawami chorobowemi narządów i tkanek otaczających. W związku z powyższem dzielimy sprawy zapalne zatok na 1) samoistne zapalenia śluzówki zatokowej oraz 2) wtórne zapalenia śluzówki.

S a m o i s t n e zapalenia śluzówki są przeważnie powikłaniem choroby zakaźnej. Dużą rolę przyczynową odgrywa tu influenca. Według *Weichselbauma* zapalenia zatoki jest jej stałym towarzyszem. Według *Fränkel'a* występuje w 75% tej jednostki chorobowej. Samoistne zapalenie zatok wystąpić może i w przebiegu zrazowego zapalenia płuc, duru brzusznego, róży twarzy, szkarlatyny, odry, dyfterytu, ospy, zapalenia opon mózgowych.

Na uwagę zasługują obserwacje *E. Fränkel'a*, *Wertheima*: autorzy ci stwierdzali na co trzecich zwłokach gruźliczych zmiany zapalne w zatokach nieswoiste; swoiste zapalenie zatok należy do rzadkości.

Samoistne zapalenie śluzówki zatok występuje często jako powikłanie ostrego samoistnego nieżytu nosa. Dużą rolę w powstawaniu ostrego zapalenia zatoki na skutek ostrego nieżytu nosa odgrywają konfiguracja środkowej muszli, stosunki anatomiczne w środkowym przewodzie nosowym, zwłaszcza zaś przebieg kanału nosowo-czołowego. Kanał wyprowadzający zatoki czołowej jest różny u poszczególnych jednostek. Gdy kanał jest wąski, długi i kręty, każdorazowy obrzęk śluzówki środkowego przewodu nosowego zamyka przejściowo zatokę czołową. Na skutek wchłaniania się tlenu następuje w zatoce rozrzedzenie powietrza, analogicznie do tego, co widzimy w uchu środkowem przy zamknięciu trąbki.

D o w t ó r n y c h z a p a l e ń z a t o k zaliczać będziemy 1) zapalenie urazowe — na tle urazu kostnego, któremu towarzyszy wylew krwi do śluzówki lub do jamy zatokowej. Jeżeli wylana do zatoki krew ulega zainfekowaniu powstaje, r o p n i a k u r a z o w y, 2) szerzące się na śluzówkę pierwotne sprawy chorobowe kości. Wchodzą tu w grę zapalenie okostnej i kości, zmiany trzeciorzędowe kiły, rzadziej gruźlica, 3) wtórne ropniaki na tle nowotworów jam dodatkowych nosa.

Anatomja patologiczna.

Z m i a n y z a p a l n e ś l u z ó w k i z a t o k i podzielimy na ostre i chroniczne kataralne, ostre i chroniczne ropne.

1. W o s t r e m k a t a r a l n e m z a p a l e n i u na śluzówce, utrzymującej wielowarstwowy nabłonek rzęskowy znajdują się nieliczne limfocyty z wielojądrzastemi obojętnochłonnemi komórkami. Warstwy błony podstawnej nigdzie nie stwierdza się. Sluzówka zatem w całości składa się z siateczki delikatnych włókien łącznotkankowych, między któremi znajduje się płynna lub drobnoziarnista masa. Mamy zatem szereg mniejszych lub większych jamek (szczeliny) wypełnionych ściętą surowicą (obrzęk). Pozatem oczka tkanki łącznej

zawierają również elementy komórkowe. Naczynia krwionośne są przeważnie rozszerzone.

2. W chronicznem kataralnem zapaleniu mamy, zarówno jak i w ostrem zapaleniu, obrzęk śluzówki. Charakterystyczną cechą tej postaci zapalnej jest rozpulchnienie zarówno powierzchownej, jak i głębokiej warstwy śluzówki, przez co grubość śluzówki przekroczyć może 10 — 15-krotnie śluzówkę normalną.

3. W ostrym ropniaku zatoki śluzówka jest obrzęknięta, przekrwiona, na powierzchni jej stwierdza się ropną powłokę. Obraz drobnowidowy przedstawia się, jak następuje: nabłonek rzęskowy usiany licznemi, przeważnie wielojądrzastemi leukocytami, naciekającemi również wszystkie prawie warstwy śluzówki. Na powierzchni śluzówki stwierdza się wysięk, składający się z wielojądrzastych leukocytów, z krwinek czerwonych oraz ze złuszczonych nabłonków.

4. Chroniczny ropniak powstaje zarówno z ostrych jak i chronicznych kataralnych zapaleń oraz z ostrego ropniaka. Postać tę charakteryzuje tworzenie się śluzoworopnego lub czysto ropnego wysięku. Sprawa zapalna zatoki toczy się przeważnie w śluzówce. Może ona jednak szerzyć się i na kość, wywołując zmiany przerostowe lub destrukcyjne. Przy rozpadowych zmianach kości sprawa zapalna z łatwością obejmuje narządy sąsiadujące, powodując groźne powikłania w oczodole, na wewnętrznej powierzchni czaszki, wreszcie ogólne zakażenie ustroju.

Objawy. Objawy zapaleń zatoki czołowej są różne w zależności od nasilenia choroby oraz od okresu, w którym obserwujemy chorego.

Wśród objawów podmiotowych ostrego zapalenia czołowe miejsce zajmuje a) ból zatoki. Na skutek powierzchownego umiejscowienia wywołujemy ból ten z łatwością przez ucisk lub opukiwanie palcem. Jesteśmy często w stanie dokładnie określić granice zatoki właśnie przez ucisk palcem, albo przez opukiwanie.

Każdy ostry nieżyt nosa zaostrza również zapalenie zatoki: zwiększa się ilość wydzieliny, obrzmienie zaś przewodu wyprowadzającego powoduje względną zastoinę w zatoce. Oba te momenty powodują wybitne nasilenie bólu.

Chorzy umiejscawiają ból dokładnie w zatoce czołowej; prawie jednogłośnie twierdzą, że ból rozpoczyna się w zatoce, tu posiada największe nasilenie, przy dłuższem tylko trwaniu lub bardzo dużem nasileniu promieniuje na całą połowę głowy.

Drugim podmiotowym objawem w ostrem zapaleniu zatoki czołowej jest obfity wyciek z nosa, który chorzy odczuwają jako uporczywy katar nosa; przez to właśnie sam wyciek z nosa rzadko jest powodem, dla którego chorzy szukają porady lekarza.

Charakter wydzieliny jest śluzowy, surowiczy, śluzowo-ropny lub czysto ropny. Do objawów przedmiotowych należą zmiany stwierdzane w nosie: zaczerwienienie i obrzmienie śluzówki; w przedniej części środkowego przewodu nosowego pod przednim końcem środkowej muszli stwierdza się wyciekającą z zatoki wydzielinę, tu bowiem otwiera się przewód nosowo-czołowy.

Wydzielina zatoki czołowej ulega często zatrzymaniu; przyczynia się do tego wąskie światło przewodu wyprowadzającego. Gdy wyciekanie wydzieliny jest zupełnie przerwane, mówimy o zamkniętym ostrym ropniaku zatoki. W ostrym ropniaku zatoki bóle wybitnie nasilają się, pozatem występują i przedmiotowe powikłania: zjawić się może obrzęk skóry czoła, obejmując również i górną powiekę. Czasem przyłącza się obrzmienie spojówki gałkowej (chemosis) oraz wytrzeszcz naskutek obrzęku zawartości oczodołu. Tak rozległy obrzęk jest przeważnie oznaką ciężkiej infekcji. Gdy zatrzymanie się wydzieliny trwa przez dłuższy czas, wówczas ropienie szerzyć się może i na ściany kostne. Ropa toruje sobie w niektórych przypadkach drogę do oczodołu. W innych znów przez blaszkę wewnętrzną do opon. W powstaniu wymienionych tu powikłań odgrywają dużą rolę obok zjadliwości zarazka również stosunki anatomiczne: dzięki badaniom *Onodi'ego* wiemy, że kostne ściany zatok posiadać mogą ubytki (dehiscentia), ułatwiające szerzenie się sprawy ropnej w różnych kierunkach, zwłaszcza do opon.

W ostrem zapaleniu zatoki czołowej występować mogą objawy mózgowe: zawroty głowy, wymioty, zwolnienie tętna, silne bóle głowy, nawet utrata przytomności. W przypadkach tych można łatwo popełniać błąd, rozpoznając zamiast sprawy zatokowej zapalenie opon mózgowych lub ropień mózgu innego pochodzenia.

Charakterystycznem dla spraw zatokowych jest natychmiastowe ustąpienie objawów z chwilą upływu ropy z zatoki. Objawy mózgowe zależą najprawdopodobniej od wędrowania bakteryj lub wchłaniania toksyn, gdy ropa znajduje się w zatoce pod pewnem ciśnieniem. Gdy jednak równolegle z odpływem ropy nie następuje poprawa, należy przypuszczać, że mamy doczynienia z chorobą mózgową— staramy się jaknajszybciej ją rozpoznać i zlokalizować. Powikłania mózgowe są częstym udziałem ostrych zapaleń zatok, powstałych naskutek urazów postrzałowych.

W przebiegu ostrego zapalenia zatoki czołowej może wystąpić ogólne zakażenie — posocznica, posocznico-ropnica. Na szczęście powikłanie to jest rzadkie.

R o z p o z n a n i e. Wyżej wymienione objawy decydują o rozpoznaniu ostrego zapalenia zatoki. Samoistny ból głowy w okolicy czołowej już sam przez się kieruje uwagę na zatokę czołową. Bardzo ważnemi są również objawy bólu na ucisk i opukiwanie ściany oczodołowej zatoki. Pomocniczemi w rozpoznaniu są wywiady (ostry katar, choroba zakaźna, uraz) oraz dane przedmiotowe (ostry nieżyt nosa, ropna wydzielina w nosie, zwłaszcza w środkowym przewodzie pod przednim końcem środkowej muszli). Wreszcie pomocniczemi metodami w rozpoznaniu zapalenia zatoki są prześwietlanie (Diaphanoskopia) oraz rentgenografja.

P r z e ś w i e t l e n i e z a p o m o c ą l a m p y H e r y n g a dokonywujemy w sposób następujący: lampkę przyrządu przyciskamy do wewnętrznego górnego kąta oczodołu. Gdy ściana zatoki nie jest zbyt gruba, wówczas odpowiednia strona zatoki zostaje oświetlona. W przypadkach jednostronnego zajęcia zatoki przenika przez nią mniej światła, niż przez stronę zdrową. Prześwietlanie należy przeprowadzić w zupełnie ciemnym pokoju.

P r z e ś w i e t l a n i e z a t o k i c z o ł o w e j z a p o m o c ą p r o m i e n i R o e n t g e n a. Jeszcze w dobie obecnej najwłaściwszem jest zdjęcie potyliczno-czołowe, pozwalające zorjentować się w konfiguracji zatok czołowych, w ich ograniczeniu nazewnątrz i od góry, w ustawieniu przegrody i t. d.

Przy zajęciu zatoki czołowej jednej tylko strony stwierdza się przeważnie zawoalowanie jej w porównaniu ze stroną zdrową; przy bocznem zaś zdjęciu zatoki wzajemnie pokrywają się i zawoalowania tego wykryć nie można.

Potyliczno-czołowe zdjęcie nie we wszystkich jednak przypadkach wystarczy dla uwydatnienia pewnych pożądanych szczegółów, a więc:

1) czy stwierdzony brak powietrza w zatoce czołowej jest wyrazem choroby, czy też wyrazem zupełnego braku zatoki;

2) czy istnieje zachyłek oczodołowy, jakie są jego rozmiary, czy zawiera powietrze.

Dla wyjaśnienia tych i podobnych zagadnień nadaje się zdjęcie skroniowe (bitemporalne).

R o z p o z n a n i e r ó ż n i c z k o w e: Wspominaliśmy już poprzednio, że prawie stałym objawem zapalenia zatoki czołowej jest ból głowy oraz wrażliwość na ucisk ścian zatokowych. Ból czołowy nie jest

jednak patognomoniczny dla zatoki czołowej, gdyż występuje również i w stanach zapalnych innych zatok. Natomiast wrażliwość ścian, zwłaszcza niektórych punktów na ucisk, jest objawem stałym, występującym nawet w okresach spokoju. Wrażliwość ta na ucisk musi być dokładnie różnicowana z nerwobólem nadoczodołowym. Nerwoból zaczyna się przeważnie bez wyraźnej przyczyny i nie bywa poprzedzany ostrym katarem nosa. Ból zaczyna się tu błyskawicznie, drgawkowo, występuje początkowo w długich przerwach; stopniowo przerwy skracają się, aż ból staje się ciągłym, nasilając się przeważnie zrana, rzadziej wieczorami.

Ból zatokowy występuje po kilkudniowym conajmniej nieżycie nosa; nasilenie jego jest różne: naogół zaczyna się od uczucia ucisku, następnie nasila się, potem stopniowo zupełnie ustępuje. Stały ucisk uśmierza przeważnie ból neuralgiczny, zatokowy zaś wzmaga. Czynniki zewnętrzne (ciepłota, wiatr, przeciąg, ruchy mięśniowe) wywołują czasem ból neuralgiczny, nie mają natomiast wpływu na ból zatokowy. W nerwobólu stwierdzamy często objaw podrażnienia naczynioruchowego sluzówki jak np. łzawienia. Wprawdzie w typowych przypadkach wspomnianej neuralgji bolesny jest na ucisk tylko punkt wyjściowy nerwu, natomiast ucisk na górną wewnętrzną ścianę oczodołu jest bezbolesny, tu jednak natknąć się można na duże trudności rozpoznawcze. Rozstrzygającemi częstokroć są: badanie nosa wziernikiem oraz prześwietlenie zatoki.

Rokowanie. W ostrem zapaleniu zatoki rokowanie zależy w pierwszym rzędzie od warunków odpływania wydzieliny. Jeżeli dochodzi do zatrzymywania się wydzieliny, powstaje obawa o przejście zapalenia na otoczenie, zwłaszcza gdy weźmiemy pod uwagę bliskość zatoki czołowej do opon, mózgu i oczodołu. To też właśnie w zapaleniu zatoki czołowej duży wpływ na rokowanie mają stosunki anatomiczne (kształt przewodu wyprowadzającego, jego długość i szerokość, stosunek do przednich komórek sitowych, ewentualnie skrzywienie przegrody, objętość zatoki i t. d.). Zatrzymywanie się wydzieliny wpływa w dużym stopniu na przekształcenie ostrego zapalenia w chroniczne. Rokowanie zależy od choroby zasadniczej, która spowodowała zapalenie zatoki. Szkarlatyna, grypa, tyfus powodują głęboko drążące, aż do kości sięgające zapalenie. Oczywista, że zarówno odporność pacjenta, jak i stopień jadowitości drobnoustrojów, wywołujących zapalenie zatoki, mają duży wpływ na przebieg choroby.

Chroniczne zapalenie zatoki czołowej. Przedłużające się lub często wracające ostre zapalenia zatoki mogą spowo-

dować wystąpienie chronicznego zapalenia. Schorzenia zatoki powstające na tle ogólnej ciężkiej choroby (grypa, szkarlatyna, tyfus) mają tendencję do chronicznego przebiegu dzięki zmniejszonej odporności pacjenta i naskutek głębszych zmian powstałych w śluzówce jamy. Tak w ostrych jak i w przewlekłych zapaleniach zatoka czołowa nie jest jedynem siedliskiem choroby; w większości wypadków przednie sitowie ulega zainfekowaniu. Stosunkowo małe rozmiary zatoki czołowej wpływają, że obrzęk śluzówki łatwo przyczynia się do zupełnego wypełnienia wnętrza zatoki. Toteż czasem mimo zawoalowanego obrazu na zdjęciu rengenologicznem, chronicznie zapalna zatoka nie zawiera ropy, — zawoalowanie zaś zależy od zgrubiałej sluzówki, wypełniającej całkowicie światło zatoki. Dzięki obrzękowi śluzówki już bardzo wcześnie nastąpić może zamknięcie przewodu wyprowadzającego, i już małe ilości ropy mogą wraz z tworami zapalenia (polipy) wywierać duże ciśnienie, a w związku z tem duże dolegliwości. Zgrubienie śluzówki powoduje często tworzenie się podłużnych wałów, które na przecięciu, względnie w obrazie drobnowidowym wyglądają jak brodawkowe narośla. W głębi między temi wypukleniami mogą się gromadzić duże ilości ropy, otarbiające się czasem; w ten sposób powstają torbiele zawierające śluz lub ropę.

Objawy chronicznego zapalenia zatoki czołowej zależą w pierwszym rzędzie od warunków odpływania ropy. Przy istniejącym odpływie bóle mogą nie występować wcale, chory zaś skarży się tylko na bardziej lub mniej obfitą ilość ropy w nosie. Częściej jednak chronicznemu zapaleniu towarzyszą bóle, o mniejszem wprawdzie nasileniu niż w zapaleniach ostrych. Charakter bólu bywa bardzo różny. W zapaleniach słabego stopnia chorzy skarżą się tylko na uczucie napięcia i ucisku w okolicy czołowej. W cięższych przypadkach odczuwają coś w rodzaju oszołomienia, względnie silny ucisk, mogą wreszcie odczuwać tętnienie, promieniujące często w okolicę oka nasady nosa, nawet na całą głowę. Ból wyraźnie nasila się przy kichaniu, zginaniu się, przy silnem stąpaniu. W wielu przypadkach bóle nasilają się w określonych godzinach; okresowość taka w występowaniu bólów, przypominająca poprostu nerwobóle malaryczne, zależy częściowo od różnego ułożenia głowy podczas snu i w ciągu dnia, a w związku z tem od różnych warunków odpływania wydzieliny z zatoki, jak też od różnego stopnia przekrwienia śluzówki.

Wydzielina w chronicznem zapaleniu zatoki czołowej jest przeważnie śluzowo-ropna lub czysto ropna Przy sprzyjających warunkach odpływania stwierdzamy ją w środkowym przewodzie noso-

wym, pod przednim końcem środkowej muszli, tu bowiem znajduje się wylot przewodu czołowo-nosowego. W poszczególnych przypadkach przy nienormalnym przebiegu przewodu wyprowadzającego, stwierdzamy ropę przed muszlą, albo znów w tyle środkowego przewodu nosowego. W chronicznem zapaleniu zatoka czołowa ulega łatwo zatkaniu. Składają się na to różne przyczyny, w pierwszym rzędzie stosunki anatomiczne, a więc sterczący ku przodowi wyrostek haczykowaty (processus uncinatus); powiększona lub nieprawidłowo umieszczona muszla środkowa, zgrubienie guzka przegrody, wysokie zboczenie przegrody; wszystko to może spowodować zaleganie wydzieliny. Poza tem przewód czołowo-nosowy ulega czasem silnemu zwężeniu przez wystające naprzód podczołowe twory komorowe. Wtórny obrzęk względnie polipowate wybujałości śluzówki powodują przejściowe lub stałe zamknięcie zatoki. Przez zgrubienie zaś i bujanie śluzówki, wyścielającej zatokę, zostaje zamknięty przewód wyprowadzający od wewnątrz, ze strony zatoki. Przy istnieniu podobnych przeszkód wydzielina spływa do nosa tylko od czasu do czasu, albo znów całkowicie zalega w zatoce. Zaleganie wydzieliny powoduje rozszerzenie się zatoki, w zależności zaś od rodzaju gromadzącej się wydzieliny powstaje wodniak, śluzowiak lub ropniak zatoki.

Do względnie rzadkich należą przypadki ze stale obfitym wyciekiem. W tych razach obfitemu wyciekowi towarzyszą wyprzenia w okolicy wejścia do nosa, oraz nagromadzenie się ropy w nosogardle. Przez zasychanie wydzieliny w środkowym przewodzie nosa następuje przejściowe zatrzymanie się wydzieliny ropnej.

Większość chorych przytacza, że zatrzymanie się wydzieliny wywołuje zawsze zwiększone bóle głowy, wznowienie zaś wycieku idzie w parze ze zmniejszonemi bólami głowy. Spostrzeżenie to jest zupełnie trafne; mamy tu bowiem do czynienia z okresowem zatkaniem i otwieraniem się przewodu wyprowadzającego zatoki czołowej.

Często następstwem chronicznego ropienia zatoki czołowej są z a b u r z e n i a w ę c h o w e Brak powonienia nie jest bezpośrednim wynikiem choroby zatoki, lecz spowodowanem nią schorzeniem śluzówki szczeliny węchowej. W związku z zupełną lub częściową anosmją znajduje się również upośledzenie smaku.

W n o s i e stwierdzamy prawie stale mniej lub bardziej rozległy obrzęk przedniego końca środkowej muszli oraz śluzówki przedniego odcinka środkowego przewodu nosowego. Często śluzówka ulega tu przerostowi: tworzą się nietypowe rozlane lub ograniczone przerosty, czasami właściwe polipy w okolicy wylotu przewodu nosowo-

czołowego oraz przerosty różnego stopnia przedniej części środkowej muszli. *Schaffer*, później również *Winckler*, zwracają uwagę na występujący w chronicznych zapaleniach zatoki — wał na przegrodzie nosowej w pobliżu przedniego końca środkowej muszli, mniej więcej w okolicy guzka przegrody (tuberculum septi).

W chronicznem zapaleniu zatoki czołowej prócz objawów miejscowych występują często ciężkie objawy ogólne: chorzy są często zupełnie niezdolni do pracy umysłowej, pobudliwi, łatwo ulegają zmęczeniu i t. d.

Rozpoznanie chronicznego zapalenia zatoki. Ostre zapalenie zatoki czołowej ściąga uwagę przez bóle samoistne, w chronicznem zaś zapaleniu, wyjąwszy okres obostrzenia, sprawa chorobowa toczyć się może całkowicie bezboleśnie. Toteż rozpoznanie chronicznego zapalenia zatoki opiera się w pierwszym rzędzie na danych przedmiotowych, stwierdzonych w nosie (rhinoscopia). W klasycznych przypadkach stwierdzamy ropę pod przednim końcem środkowej muszli, spływającą z góry do środkowego przewodu nosowego. Sluzówka tu jest przeważnie obrzęknięta, nawet polipowato zgrubiała. Metodami pomocniczemi w rozpoznawaniu chronicznego zapalenia zatoki są, jak i w ostrem zapaleniu, diaphanoscopia i prześwietlenie promieniami Roentgena. W niektórych zaś przypadkach uciec się musimy w celu rozpoznawczym do przepłókiwania, sondowania, do niektórych wewnątrznosowych zabiegów, nawet do próbnego otwarcia zatoki od zewnątrz.

Rokowanie w chronicznem zapaleniu zatoki czołowej zależy w pierwszym rzędzie od warunków wyciekania wydzieliny oraz od stanu ścian zatoki czołowej. Warunki wyciekania wydzieliny z zatoki czołowej są naogół niekorzystne. Przyczyniają się do tego w pewnym stopniu zachyłki nadoczodołowe, niekorzystne umiejscowienie otworu wyprowadzającego, wreszcie przeszkody wtórne, jak polipy, obrzmienie śluzówki nosa.

Rozległe wrzodziejące zmiany ścian należą do rzadkich powikłań. Dotyczą one przeważnie schorzeń swoistych (kiła, gruźlica), albo występują w przebiegu niektórych chorób zakaźnych (szkarlatyna, odra).

(D. n).

Z Kliniki Oto-laryngologicznej U. S. B. (Kierownik Prof. Dr. *J. Szmurło*).

Udoskonalona rura bronchoskopowa. Broncholaryngoskop.

Doc. Dr. BENEDYKT DYLEWSKI.

Jedną z większych trudności operowania przez bronchoskop w przełyku i tchawicy jest wąskość rury bronchoskopowej, a przez to i pola operacyjnego, często zasłoniętego jeszcze przez krew i wydzielinę. Wprowadzane przez bronchoskop narzędzia zajmują znaczną część światła rury i już przy górnym jej otworze zasłaniają znaczną część pola operacyjnego.

W bronchoskopie *Killiana* podczas wprowadzania do niego rury przedłużającej lub też narzędzi trzeba nawet przerywać oglądanie i odrzucać lusterko oświetlające. W uniwersalnej rączce *Killiana* zamiast odchylania lusterka można przytem odciągnąć je do góry nie przerywając oglądania. Znacznem udogodnieniem bronchoskopu typu *Hasslinger'a* jest możność manipulowania w nim narzędziami bez przerywania oglądania i bez poruszania źródła światła. Jednakże pomimo tego udogodnienia, a nawet w bronchoskopie *Jackson'a* ze źródłem światła na końcu rury, wpobliżu pola operacyjnego, wkładane narzędzia zasłaniają pole widzenia już przy wejściu do rury, przez co jest bardzo utrudniona wzrokowa kontrola ruchów końca instrumentu, którym się porusza w głębi tchawicy lub przełyku. Rura bronchoskopowa od czasów *Brünnings'a* nie uległa większym zmianom. Pewne udoskonalenie w tej dziedzinie przedstawia rura bronchoskopu *Hasslinger'a* z rozszerzeniem na końcu, które nieco powiększa pole operacyne w głębi badanych narządów. Są też rury do rozszerzenia przełyku z rozsuwającemi się końcami na wzór wzierników pochwowych. Jednakże samo tylko rozszerzenie pola operacyjnego niedostatecznie ułatwia pracę, bo górny koniec rury, przez który się patrzy, posiada bardzo małą średnicę, która jeszcze bardziej się zwęża przez wprowadzanie narzędzi.

Celem ułatwienia kontrolowania okiem przebiegu operacji podczas oesophagoskopji i bronchoskopji postanowiliśmy nieco zmodyfikować rurę bronchoskopową. Pierwotnie skonstruowaliśmy rurę bronchoskopową z lejkowatem rozszerzeniem górnego końca na kształt wziernika usznego, któreby pozwalało na wprowadzenie instrumentów nie w centrum rury, a przy brzegu lejka, co umożliwiłoby obserwację ruchów końca długich narzędzi, w głębi tchawicy i przełyku.

Próby z modelem takiej rury jednak wykazały, że w długich rurach, jaką jest rura bronchoskopowa ułatwienie pracy przytem jest nieznaczne, bo przy posuwaniu instrumentu wgłąb musimy coraz bardziej zbliżać górną jego część, rączkę, do osi rury, zasłaniając znowu w ten sposób jej światło. Dokładna kontrola wzrokiem ruchów końca wsuniętego do rury narzędzia okazała się możliwą tylko przy wprowadzeniu instrumentu nie od góry, a z boku rury. Dlatego też zrobiliśmy w górnej połowie zwykłej rury bronchoskopowej z boku podłużne, szczelinowate wycięcie, przez które można wprowadzać instrumenty dopiero na wysokości podstawy języka nie zasłaniając zupełnie światła górnego końca bronchoskopu (Rys. Nr. 1).

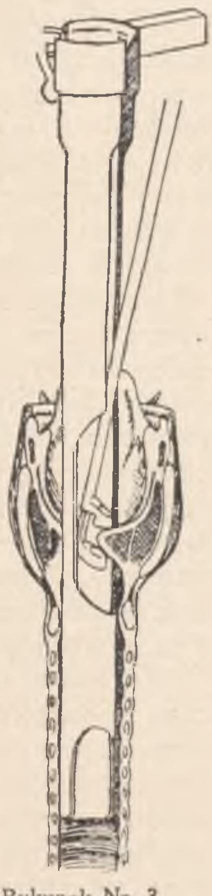
W ten sposób można łatwo pod kontrolą wzroku uruchamiać i chwytać obce ciała w głębi tchawicy lub przełyku oraz operować



Rysunek Nr. 1.



Rysunek Nr. 2.



Rykunek Nr. 3.

w tych narządach zapomocą noża, konchotomu lub diatermokoagulacji. Praktyka stwierdziła dogodność i praktyczność tego udoskonalenia. Praca z tą rurą bronchoskopową wykazała, że część jej, zwrócona do tylnej ściany gardła, na przestrzeni od początku podniebienia miękkiego aż do wejścia do krtani jest zbyteczna, bo nie przylega podczas broncho-oesofagoskopji do części miękkich. Usunięcie tej ściany rury jeszcze bardziej ułatwiło operowanie w przełyku i tchawicy, bo przytem można było wprowadzać instrumenty dopiero na wysokości krtani nie tylko z boku lecz i wprost z góry równolegle do tylnej ściany gardła (Rys. Nr. 2). Przez takie okienko w zwróconej ku tyłowi powierzchni rury lampka bronchoskopu doskonale oświetla całe gardło dolne i zewnętrzną powierzchnię nalewek, fałdów nalewkowo-nagłośniowych, a przy wprowadzeniu rury dla tchawicy również i wejście do przełyku. Wszystkie te dobrze oświetlone części gardła dolnego i wejście do krtani są łatwo dostępne do operacji po wprowadzeniu tej rury bronchoskopowej. Zrobiwszy takie okienko w ścianie rury, przylegającej podczas bronchoskopji do jednej ze strun głosowych otrzymaliśmy wygodny i łatwy w użyciu *broncholaryngoskop*, bo do tego okienka, po odpowiedniem jego ustawieniu wsuwają się do światła rury struny głosowe i nalewki oraz staje się widoczne spoidło przednie i wewnętrzna powierzchnia nagłośni.

W broncholaryngoskopie okienko znajduje się na dolnym odcinku rury i górny brzeg okienka nie powinien, po wprowadzeniu wystawać ponad brzeg nagłośni, gdyż wówczas do światła rury wsuwa się część podstawy języka, utrudniając oglądanie krtani. Połączenie okienka z górnym otworem rury zapomocą uwidocznionej na rysunku Nr. 1 podłużnego szczelinowatego wycięcia umożliwia wprowadzenie instrumentów z boku, a przez to łatwe operowanie pod kontrolą wzroku wszystkich części krtani. Zapomocą broncholaryngoskopu można bezpośrednio badać i operować również krtaniową powierzchnię nagłośni oraz okolice podstrunowe, które to części przy użyciu dotychczasowych direktoskopów są niedostępne. Praca z broncholaryngoskopem jest łatwa nawet u dzieci, u których, jak wiadomo, wprowadzenie bronchoskopu jest zabiegiem dość prostym i wykonywanym bez znieczulenia, zwykła zaś direktoskopja u dzieci nastręcza duże trudności. Wprowadzony bronchodirektoskop sam dobrze utrzymuje się w krtani nawet u chorych, pozbawionych zębów, które są potrzebne, do należytego przytrzymywania w ustalonej pozycji direktoskopów innych typów zwłaszcza u osób niespokojnych. Bronchodirektoskopja może być uskuteczniona również przy świetle od zwykłego reflektora. Lekarz nieposiadający w swem gabinecie bronchoskopu może obstalować

bronchodirektoskop odrazu ze stałą, rączką i z łatwością przeprowadzać direktoskopję w prywatnych godzinach ordynacyjnych przy użyciu do oświetlenia zwykłego reflektora czołowego.

Już po złożeniu niniejszego artykułu ukazała się w Monatschrift f. O. Jg. 68 H. 1 praca *Nicolo Popa* p. t. „Oesophagoskopische Röhre zur Entfernung von Sicherheitsnadeln" przedstawiająca w założeniu swem nieco zbliżone do naszego, ale przeznaczone tylko do usuwania z przełyku otwartych agrafek udoskonalenie rury bronchoskopowej. *Popa* robi przy samym końcu rury też okienkowate, specjalnego kształtu rozszerzenie szczeliny, przebiegającej wzdłuż całej rury bronchoskopowej. W związku z pracą *Popa* możemy dodać, że przedłużenie szczeliny w rurze poniżej wejścia do przełyku okazało się w naszych doświadczeniach zbędne i nie praktyczne, bo natychmiast po wprowadzeniu rury zakrywa się śluzówką przełyk, która wystaje nawet nieco do światła rury zasłaniając pole operacyjne.

Z Kliniki Oto-Laryngologicznej U. S. B. w Wilnie.
Kierownik Prof. Dr. *Jan Szmurło.*

Przypadek niezwykłej wielkości i formy polipa nosowo-gardłowego (Polypus juvenilis spurius) u młodzieńca 21 letniego. Operacja. Wyzdrowienie.

Prof. Dr. JAN SZMURŁO.

Wiadomo powszechnie, że polipy, biorące początek w zatokach bocznych i rosnące przeważnie w kierunku nozdrzy tylnych, zwykle są duże i dają znać o sobie dopiero wówczas, kiedy, zatkawszy choany, przedostają się do jamy nosowogardłowej, którą nieraz całkowicie wypełniają, uniemożliwiając oddychanie i czyniąc mowę bardzo niewyraźną. Znany jest przypadek ogromnego polipa, nosowo-gardłowego, podany przez *Zaufalla.* Długość jego wynosiła 11 cm, grubość 3,5 cm, a szerokość 6 cm. *Braun* opisał w 1928 r. w Polskim Przeglądzie Otolaryngologicznym przypadek ogromnego polipa choanalnego u 4-letniego chłopca, którego część nosowa miała 8,5 cm, a część nosowo-gardłowa 5,5 cm długości przy 3 cm szerokości. Jak widać z załączonego rysunku, wydobyty w całości polip robi wrażenie młotka, którego rękojeścią jest część nosowa. Przed 20 laty operowałem u chłopca dziesięcioletniego polip choanalny, wiszący na cienkiej nóżce wychodzącej z zatoki szczękowej. Polip miał długości 10 cm i średnicy około 5 cm. Na szczególną wszakże uwagę

zasługuje jedyny w swoim rodzaju przypadek guza, spostrzegany przeze mnie przed 10-miesiącami i operowany w Klinice Wileńskiej z powodu wielkości, rozgałęzienia i ciężkich objawów, jakie spowodował.

Historja przypadku jest następująca:

Dnia 19 maja roku ubiegłego przybył do Kliniki Oto-Laryngologicznej w Wilnie, skierowany przez specjalistę otolaryngologa D-ra *Szepsa* z Baranowicz chory rolnik Piotr Smiczyński w wieku lat 21 z rozpoznaniem polipa młodzieńczego. Chory jest budowy drobnej, robi wrażenie chłopca 12-letniego, bardzo wynędzniały, blady, anemiczny. Mówi bardzo niewyraźnie bełkocąco, usta ma stale otwarte. Oddech jego jest bardzo utrudniony zwłaszcza podczas ruchów. Z wywiadu z trudem zebranego dowiadujemy się, że choroba zaczęła się przed pięciu laty po urazie w głowę. Choremu zatkało naprzód prawą połowę nosa, potem wystąpiła przeszkoda w głębi gardła, a następnie w ustach, która nie daje mu ani przełykać, ani należycie oddychać. W dzieciństwie chory przebywał odrę i płonicę. W ostatnich latach miewał kilka razy krwawienia z gardła. Nie pije i nie pali, chorób wenerycznych nie przechodził. Ojciec umarł na nieznaną choremu chorobę. Matka i brat żyją i są zdrowi.



Rys. 1
Szmiciński Piotr l. 21.
Polypus juvenilis w nosie, jamie ustnej, nosowo-gardłowej i w gardle dolnem.

Stan obecny. Budowa chorego wątła i słaba, wzrost mały—144 cm. Waga mała—31,6, co odpowiada 12-mu rokowi życia. Klatka piersiowa zapadnięta, wąska. Lekkie skrzywienie kręgosłupa. Mięśnie i tkanka tłuszczowa bardzo słabo rozwinięte. Gruczoły chłonne podszczękowe powiększone, szyjne, pachowe i pachwinowe wyczuwalne. Odgłos opukowy klatki piersiowej nieco przytłumiony. Oddech podczas wysiłków głośny stenotyczny. Podczas wysłuchiwania w spokoju stwierdza się zaostrzenie szmeru oddechowego, wydech wydłużony i liczne rozrzucone rzężenia drobnobańkowe.

Tony serca czyste, granice normalne, tętno miarowe, 90 uderzeń na minutę, słabo napięte. W układzie nerwowym zmian nie stwierdzamy, odruchy normalne, czucie prawidłowe. Nos. Prawa zewnętrzna połowa nosa w okolicy wejścia i prawego skrzydła rozszerzona i wypuklona. Prawa jama nosowa wypełniona guzem, dochodzącym aż do przedniego wejścia nosowego. Widoczna część guza z boku różowa pośrodku owrzodziała i pokryta białawym nalotem (patrz rys. 1). Widoczna część przegrody mocno wygięta w stronę lewą. Lewa połowa nosa mało drożna, małżowina dolna — gładka, różowa, wilgotna; środkowa niewidoczna. Jama ustna jest wypełniona guzem dużym, czerwonym, nierównym, barwy czerwonawej, odpychającym podniebienie miękkie ku tyłowi. Guz ten opuszcza się aż do gardła dolnego, poniżej wolnego brzegu nagłośni, częściowo zakrywając przedsionek krtaniowy. Z gardła środkowego, guz ten, rozwidlając się, przenika do jamy nosowo-gardłowej, gdzie zrasta się ze stropem i brzegami nozdrzy tylnej prawej i przenika do prawej połowy nosa. W ten sposób całe podniebienie wraz z języczkiem znajduje się pomiędzy dwiema odnogami guza, którego trzon stanowi część, wypełniająca gardło środkowe i dolne (patrz rys. 2). Tylnej ściany gardła nie widać. Krtań jest wskutek guza niedostępna dla badania. Ze strony uszu daje się



Rys. 2.

stwierdzić nieznaczne osłabienie słuchu. Chory słyszy szept z odległości 5 metrów. Błony bębenkowe zmętniałe i wciągnięte. Mowa chorego bardzo upośledzona i niewyraźna. Chory skarży się na duszność, występującą przeważnie podczas nawet powolnych ruchów. Przełykać chory może tylko płynne i półpłynne pokarmy. Badanie palcem wykazuje, że guz wypełnia całą jamę gardłową, dając się obejść palcem od strony lewej bocznej, z prawej strony obejść się nie daje, gdyż jest widocznie przyrośnięty do stropu, do bocznej ściany i do brzegu choan.

Chory nie może leżeć, bo się dusi; spać może tylko w położeniu półsiedzącem. W nocy mocno chrapał i miał kilka napadów bardzo silnej duszności, jednak na proponowaną mu operację rozcięcia tchawicy nie chciał się zgodzić.

20.V. Po ciężko spędzonej drugiej nocy z powodu duszności (przyczem chory musiał pozostawać w pozycji półleżącej z głową pochyloną wdół i naprzód), po namowie i danej mu obietnicy, że po wydobyciu guza rurka tracheotomijna zostanie usunięta, zgodził się w końcu na tracheotomję. Dokonano górnej tracheotomji w znieczuleniu miejscowem ($^1/_2$ $^0/_0$ nowokaina z dodatkiem adrenaliny).

Zdjęcie roentgenowskie wykazało zatarcie jamy szczękowej prawej. Odczyn Wassermanna ujemny. Liczba leukocytów we krwi wynosi 9,200, erytrocytów — 3,600,000.

Badanie ponowne palcem wykazało że guz wypełniający gardło dolne daje się obejść palcem naokoło, a nawet przegiąć i wysunąć w kierunku jamy ustnej. Uszkodzenie przytem powierzchni guza podczas tych badań dało krwawienie bardzo nieznaczne, co kazało przypuszczać, że guz jest dosyć słabo unaczyniony i że uda się go prawdopodobnie wydostać bez znaczniejszego krwotoku, który ze względu na wielkie wyniszczenie chorego i znaczną niedokrwistość mógł mieć dla chorego fatalne następstwa. Jednocześnie roentgenografja guza kazała utrzymywać, że początek jego tkwi w prawej jamie szczękowej i że mamy doczynienia według wszelkiego prawdopodobieństwa z nadmiernie rozrosłym polipem choanalnym, który był powodem niedorozwoju i nadmiernego wyniszczenia chorego.

25.V. Operacja *Denkera*. Znieczulenie miejscowe $^1/_2$ $^0/_0$ nowokainą z adrenaliną. Jama szczękowa prawa wypełniona miękkiemi masami guza, przenikającemi do nosa. Cała ta część guza została usunięta zarówno z zatoki jak i z nosa. Potem wprowadziwszy palec do gardła, całą część guza zwisającą do gardła dolnego wyprowadziłem do ust i wydobyłem ją wraz z częścią ustną. Część nosowo-

gardłowa zrosła ze ścianami boczną i górną została usunięta doszczętnie zapomocą mocnych kleszczy Jurasza. Krwawienie podczas operacji było naogół bardzo nieznaczne.

Przebieg pooperacyjny był zupełnie normalny. Na drugi dzień ciepłota podniosła się wieczorem do 37,8°C wystąpił obrzęk twarzy po stronie operowanej zatoki, który zresztą po dwuch dniach ustąpił, ciepłota również wróciła do normy, 28.V usunięto rurkę tracheotomijną, a 2.VI, czyli w 14 dni po przybyciu chorego do Kliniki został on wypisany w stanie dobrym do domu.

Badanie drobnowidowe kawałków z wyciętego guza wykazało powierzchnię pozbawioną w wielu miejscach pokrywy nabłonkowej, tam zaś, gdzie jest ona zachowana, składa się z nabłonka wielowarstwowego rzęskowego, który miejscami przechodzi w nabłonek wielowarstwowy płaski. Pod nabłonkiem widzimy tkankę łączną włóknistą w postaci pęczków przebiegających w różnych kierunkach, przeważnie zaś równolegle do powierzchni, w tkance tej widzimy komórki wrzecionowate z podłużnemi jądrami, oprócz tego spotykamy dość liczne komórki podłużne lub owalne z podłużnemi dość słabo barwiącemi się jądrami (fibroblasty). Pęczki porozdzielane są miejscami szczelinami wysłanemi śródbłonkiem, oprócz szczelin spotykamy liczne i mniej lub więcej szerokie naczynia, wysłane śródbłonkiem, przeważnie puste, pozatem naczynia krwionośne z czerwonemi i białemi ciałkami krwi. Bezpośrednio pod nabłonkiem tkanka łączna składa się z pęczków grubszych i rzadszych szczelin, w głębi natomiast widać pojedyncze włókna porozdzielane wolnemi przestrzeniami, w których w wielu miejscach widać osad drobno ściętego białka. Również wpobliżu powierzchni spotykamy przeważnie wpobliżu i naokoło naczyń mniejsze lub większe pasy nacieczenia drobnokomórkowego, w których obok limfocytów spotykamy wielojądrzaste neutrofile, w wielu miejscach znajdujemy także komórki plazmatyczne oraz nieliczne duże komórki o mocno barwiącem się dużem jądrze, a nawet o wielu jądrach. W niektórych miejscach nacieczenie drobnokomórkowe zajmuje znaczne przestrzenie. Jak widać z powyższego opisu tkanka guza składa się z tkanki włóknistej niezbyt bogato unaczynionej, z licznemi szerokiemi naczyniami chłonnemi wskutek obrzęku tkanki i z ogniskami zapalnemi, spowodowanemi ciągłem drażnieniem guza i jego urazami podczas przyjmowania pokarmów, o czem świadczy jeszcze uszkodzenie nabłonka w wielu miejscach i na znacznej przestrzeni. Mamy więc doczynienia z włókniakiem obrzękłym — fibroma oedematodes.

Budowa anatomiczna guza wskazuje, że mamy tu do czynienia z polipem choanalnym, którego początku należy szukać w zatoce prawej szczękowej, skąd przedostał się do nosa, a następnie do jamy nosowogardłowej, do gardła środkowego, a z tego ostatniego począł się rozrastać do gardła dolnego wdół i do jamy ustnej ku przodowi. Powiększanie się i rozrost guza spowodowały jego zetknięcie ze ścianą boczną i tylnogórną gardła górnego oraz z brzegiem choan, co w pierwszej chwili skłoniło nas do przypuszczenia, że mamy doczynienia z przypadkiem tak zwanego polipa młodzieńczego, którego punkt wyjścia znajduje się na podstawie czaszki z tak zwanego fibrocartilago basilaris, a jak dowodzi *Sébileau* (*Annales des maladies de l'oreille, du nez et du larynx 1925*) na podstawie własnego bogatego materjału z okostnej kości tej okolicy. Dopiero kilkudniowa obserwacja, stwierdzenie zaciemnienia prawej zatoki szczękowej i obecności rozrostów polipowatych w samej zatoce, zrośniętych z wyrostkiem nosowym nowotworu, pozwoliły postawić prawidłowe rozpoznanie.

Niewątpliwe pochodzenie guza z jamy szczękowej obok jednoczesnego zrostu jego z brzegiem choany prawej oraz ze ścianami gardła górnego wykazuje, że podział tego rodzaju guzów na polipy zatokowe (*Killian*) i polipy nozdrzy tylnych (Choanalrandpolypen *Zarniko*) jest niewystarczający i że mogą istnieć polipy, które powstały w zatoce, a po wyjściu rozrosłszy i zetknąwszy się z brzegiem choan mogą zrosnąć się z niemi, co więcej w zetknięciu się dalej z górno tylną i boczną ścianą gardła górnego, mogą zrosnąć się i z temi ostatniemi łudząco naśladując tak zw. polipy młodzieńcze.

Dla tego rodzaje guzów byłaby najwłaściwszą nazwa: ***Polip młodzieńczy wrzekomy*, *Polypus juvenilis spurius***, zwłaszcza że chodzi tu zwykle o osobników młodych rodzaju męskiego.

Na uwagę również zasługuje w istocie olbrzymi rozrost guza, który wypełniwszy nos gardło i usta, utrudnił oddychanie i prawie uniemożliwił odżywianie chorego, co doprowadziło do zupełnego prawie wyczerpania sił i powstrzymało wzrost i wogóle rozwój chorego.

Z Kliniki Oto-Laryngologicznej U.S.B. w Wilnie. Kierownik Prof. Dr. *Jan Szmurło.*

Doc. Dr. TADEUSZ WĄSOWSKI.

W sprawie powstawania czopów woszczkowych w uchu.

Nadmierne tworzenie się woszczku w przewodzie słuchowym zewnętrznym jest zjawiskiem częstem. Chorzy tacy co pewien czas zmuszeni są uciekać się do pomocy lekarskiej w celu mechanicznego usunięcia woszczku, gdyż zatkanie ucha czopem woszczkowym prócz osłabienia słuchu nieraz powoduje mocny szum w uchu i niepokoi chorego. Według spostrzeżeń *Szmurły* częściej spotykamy woszczek u mężczyzn niż u kobiet. Przyczyny takiej nadmiernej pracy gruczołów woszczkowych i tłuszczowych przewodu słuchowego nie są naogół wyjaśnione. *Oertel* jest zdania, że czop woszczkowy może powstać z przyczyny wzmożonego wydzielania gruczołów woszczkowych i tłuszczowych, może jednak czynność gruczołów być normalną — wówczas przyczyna omawianego zjawiska tkwi w zwężeniu przewodu słuchowego zewnętrznego bądź to ciałem obcem, bądź też obficie rozrastającemi się w przewodzie włosami. To ostatnie dotyczy głównie osób starszych, u których, jak wiemy, całe nieraz wejście do przewodu wypełnione jest ogromną liczbą grubych włosów. Wreszcie wąski od natury przewód usposabia do zalegania w uchu mas woszczkowych i do ich stwardnienia. Na podrażnienie przewodu jako na czynnik usposabiający do powstawania czopów woszczkowych w uchu wskazuje *Szmurło.*

Całkiem odmienną koncepcję powstawania tego zaburzenia wysuwa na podstawie swych badań *Berberich.* Mianowicie uzależnia on nadmierną czynność gruczołów woszczkowych od nadmiernej zawartości cholesteryny we krwi, co jest ze swej strony wyrazem zaburzeń w sferze systemu gruczołów dokrewnych. Badając krew osób cierpiących na czopy woszczkowe, znajdował on stale u nich wysokie cyfry zawartości cholesteryny, przewyższające nieraz dwukrotnie normalne. Przy otoskopowaniu tych osób u wielu stwierdzał na błonie bębenkowej obecność arcus lipoides myringis, co również wiąże on ze stwierdzaną u nich hypercholesterynemją. Pozatem *Berberich, Sommer* notują nadmierne tworzenie się woszczku u członków pewnych rodzin, co może, ich zdaniem, zależeć od wspólnych cech lub skłonności do zaburzeń gruczołów dokrewnych. Jako dowód słuszności swej teorji wysuwa *Berberich* fakt, znany zresztą, że otoskle-

rotycy mają stale przewód słuchowy zewnętrzny suchy, pozbawiony zupełnie woszczku. Badając krew chorych na otosklerozę znajdował *Berberich* u nich stale zmniejszoną ilość cholesteryny.

W roku 1930 ukazała się praca *Markerta* z kliniki w Heidelbergu, w której autor po zbadaniu na zawartość cholesteryny krwi 10 zdrowych osób i 19 cierpiących na czopy woszczkowe, przychodzi do wniosku, że nadmierne tworzenie się woszczku w przewodzie nie stoi w żadnym związku przyczynowym z hypercholesterynemją, jak to pragnął udowodnić *Berberich*. Poza tem ani razu nie spostrzegał on u tych chorych arcus lipoides myringis. *Markert* skłonny jest raczej przypisać dużą rolę w powstawaniu woszczku zwężeniu przewodu słuchowego zewnętrznego. Sprawa więc etjologji recydywujących czopów woszczkowych jest do dnia dzisiejszego otwartą.

Nie odrzucając w powstawaniu tej dolegliwości roli czynnika mechanicznego w postaci zwężenia przewodu, pragnęlibyśmy na podstawie czterech własnych przypadków podkreślić możliwość wpływu również hypercholesterynemji. W naszych przypadkach krew była badana na zawartość cholesteryny w Klinice chorób wewnętrznych U. S. B. metodą kolorymetryczną, tam przyjętą. Jako normę uważano 140 mg. %. Wywiady zebrane od naszych chorych ustaliły, że nadmierne tworzenie się woszczku jest zjawiskiem trwającem czas dłuższy i że szereg razy masy woszczkowe były wypłókiwane, ponawiały się jednak, jak w jednym przypadku co 3 — 4 miesiące. Przy otoskopowaniu tych chorych u jednej tylko stwierdziliśmy normalne stwardniałe ciemne czopy w uszach, u innych natomiast czopy były jasnożółte, miękkie, kleiste. Jednemu z tych chorych uprzednio kilkakrotnie już wypłókiwałem woszczek z ucha i stale stwierdzałem podobne zabarwienie. Badanie krwi na cholesterynę wykazało w jednym przypadku 200 mg%, w drugim — 210 mg%, w trzecim — 230 mg%; w czwartym — 250 mg%. W ostatnim przypadku z najwyższym % cholesteryny u mężczyzny 32 lat spostrzegaliśmy na błonie bębenkowej słabo zaznaczony arcus lipoides myringis. We wszystkich przypadkach zastosowano za radą *Westphalsa*, *Leichera* leczenie 4% roztworem Natri Rhodanici stosowanym doustnie przez 4 tygodnie. Zawartość cholesteryny u wszystkich chorych zmniejszyła się już po pierwszej kuracji, dochodząc do cyfr 190 — 160 mg%. Po upływie 2 miesięcy kurację rodanową ponowiono. Dwóch chorych mam w obserwacji prawie dwa lata i wiem, że na czopy woszczkowe nie cierpią.

Nasze spostrzeżenia, aczkolwiek skromne liczbowo, wyraźnie stwierdzają związek pomiędzy nadmierną czynnością gruczołów woszczkowych i tłuszczowych ucha, a zaburzeniami ustroju natury ogólnej, w danym razie gospodarki cholesterynowej. Nie wyklucza to oczywiście istnienia przyczyn miejscowych — jak zwężenie przewodu, podrażnienia jego ścian i t. d., które i przy normalnej funkcji gruczołów woszczkowych mogą spowodować odkładanie się wydzieliny w uchu.

Z Kliniki Oto-Laryngologicznej U. S. B. w Wilnie.
(Kierownik Prof. Dr. *J. Szmurło*).

Lampa czołowa własnego pomysłu.

Dr. Med. N. WOŁKOWYSKI.
Asyst. Kliniki.

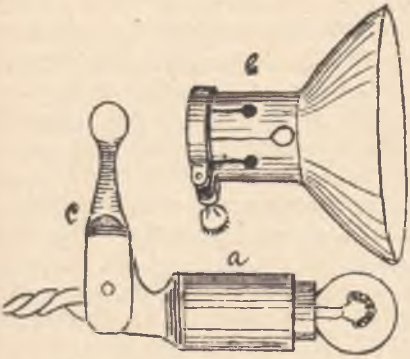
Oświetlenie światłem odbitem od reflektora, zwłaszcza podczas zabiegów operacyjnych w przestrzeniach szczelinowatych i głęboko położonych jest niedostateczne. Niewygodne, oraz niedostateczne jest również oświetlenie przy pomocy reflektora podczas operacji w pozycji leżącej chorego.

Celem usunięcia tych braków istnieje kilka lamp czołowych *(Hasslingera, Killiana, Clar'a, Hegenera)*, spełniających w mniejszym lub większym stopniu swe zadanie.

Przy budowie własnej lampy czołowej wychodziliśmy z następującego założenia teoretycznego: źródło światła, ustawione w ognisku paraboloidy daje pęk promieni odbitych równoległych, dobrze oświetlających przestrzenie dalej położone. Praktycznie prócz promieni równoległych otrzymujemy również promienie rozbieżne, gdyż źródło światła, ustawione w ognisku nie jest punktem, lecz ciałem świecącem, dającem samo przez się promienie rozbieżne. W celu zmniejszenia ilości promieni rozbieżnych należy używać t. zw. żarówek punktowych, posiadających mniejszą powierzchnię żarzenia się.

Lampa składa się z dwuch zasadniczych części: z nasadki walcowatej, mieszczącej u swej podstawy żarówkę (rys. 1, a), oraz reflektora paraboloidycznego (rys. 1, b), umieszczonego na nasadce za żarówką. Reflektor jest ruchomy wzdłuż nasadki, umożliwiając dzięki temu ustawienie żarówki w ognisku. Nasadka jest połączona z dźwignią, zakończoną główką kulistą (rys. 1, c), dzięki czemu może być

przymocowana do zamka opaski, powszechnie używanego reflektora. Lampa, umieszczona na wysokości nasady nosa rzuca światło w promieniu naszego wzroku (rys. 2). Lampa została wypróbowana w kl. otolar. i jest obecnie tam stale używana.



Rys. 1.



Rys. 2.

Używając żarówek $3^1/_2$ — 10 volt. możemy korzystać z energji sieci miejscowej poprzez opornicę (pantostatu, lub małego transformatora dzwonkowego). Przy zastosowaniu żarówki 2,5 V. możemy korzystać z energji suchej baterji kieszonkowej. (Lampa jest do nabycia w firmie D. Bancewicz. Wilno, ul. Dominikańska 7).

Posiedzenie naukowe Polsk. T-wa Oto-laryngologicznego z dnia 26.XI 1931 r.

Przewodniczący — *J. Czarnecki*, Sekretarz — *J. Tencer.*

Czarnecki przedstawił chorą po doszczętnej operacji plastycznej przepukliny mózgowej. Chorą parokrotnie przedstawiał na posiedzeniach T-wa w ciągu ostatnich 2 lat, to też obecnie omawia tylko przebieg operacji. Wycięto całkowicie bliznę po 1-ej operacji i usunięto naskórek z całej przepukliny, co przedstawiało b. duże trudności. Następnie uwolniono przepuklinę od zrostów z kością, poczem schowała się ona swobodnie do jamy czaszkowej. Przy tej części eperacji nastąpiło b. żywe krwawienie w tylnej części rany (zatoka?), które zatrzymano przy pomocy tamponady „na gorąco". Otwór kostny dokładnie wymierzono kawałkiem sterylizowanej ceratki, i taki kawałek kości (bez okostnej) wycięto w połowie jej grubości w kierunku ku górze. Kawałek ten włożono w otwór przepuklinowy, do którego idealnie przylegał i ranę zaszyto w jedno piętro silkiem. Szwy zdjęto po 10 dniach, zagojenie per primam intentionem.

Obecnie po upływie 5 tygodni — kość wrosła przy ucisku wyczuwa się już mocny opór. Operacja wobec dużych trudności technicznych trwała 2 godziny,

wynik jest doskonały, co zależy w dużym stopniu od doskonałej aseptyki zakładu leczniczego („Omega“). Przed przystąpieniem do operacji w ciągu tygodnia sprawdzono zapomocą specjalnie dopasowywanej peloty, czy odprowadzenie przepukliny nie spowoduje jakichkolwiek niepożądanych objawów, które jednak zupełnie nie występowały (Autoreferat).

Karbowski — Przypadek porażenia wielu nerwów czaszkowych.

Chory lat 70 zachorował przed 9 laty. Cierpienie rozpoczęło się od chrypki, zawrotów głowy i wymiotów. W 1927 r. pojawiła się duszność oraz zaburzenia w czasie połykania płynów (zachłystywał się). Od owego czasu trwają drgania lewej $1/2$ twarzy i bóle głowy po str. lewej. Badanie przeprowadzone wówczas wykazało: Ny. I stopnia w lewo, osłabienie odruchu rogówkowego, obniżenie czucia na twarzy, pareza lewego n. VII, skurcze w obrębie ust i nosa, porażenie lew. $1/2$ języka i podniebienia miękkiego po str. lewej oraz zaburzenia smaku po tej samej stronie, słuch po str. lewej, n. przedsionkowy l.-niepobudliwy, porażenie m. mostkowo - obojczykowo - sutkowego i kapturowego. Badanie wykazało zatem porażenie nn. VII—XII włącznie, porażenie n. V było wątpliwe. Otoskopja u. l. wykazała twór patologiczny w postaci silnie unaczynionej tkanki, pokrytej nabłonkiem, wypełniający całkowicie przewód słuchowy. Odczyn Waser. ujemny. Badanie histopatologiczne wycinka z tworu wykazało: na obwodzie nabłonek płaski rogowaciejący, pod nim tkanka łączna, pomiędzy pasmami jej elementy włókniste o dużej ilości jąder przeważnie wrzecionowatych. W kilku miejscach tkanka układa się koncentrycznie, tworząc niewielkie ogniska okrągłe, dobrze odgraniczone (elementy nerwowe?). Unaczynienie obfite. Brak elementów naciekowych oraz tkanki ziarninowej (Dr. Płońskier).

W przypadku tym należy różniczkować pomiędzy cierpieniem jądrowem opuszki a cierpieniem obwodowem. Pierwotnie rozpoznawano: sclerosis lateralis amyotrophica. Przeciw temu przemawia porażenie n. VIII. Scler. lat. jest cierpieniem jąder n. ruchowych i przednich rogów rdzenia oraz jest cierpieniem postępującem. W demonstrowanym przypadku sprawa nie postępuje od 4 lat.

Przeciw nowotworowi kąta mostowo - móżdzkowego przemawia przebieg cierpienia, które rozpoczęło się od zawrotów głowy, chrypki i zaburzeń w połykaniu. Nowotwór kąta mostowo - móżdzkowego może spowodować porażenia nn. X, XI i XII, ale dominują w obrazie objawy ogólne wzmożonego cierpienia, czego niema w omawianym przypadku.

Przeciw umiejscowieniu sprawy na podstawie czaszki poza jamą czaszkową przemawia porażenie n. VIII. Obserwowany zespół objawów mógłby dać tylko guz złośliwy, który, przerastając kość skalistą, powoduje zniszczenie ucha wewnętrznego. Przeciw temu przemawiają: czas trwania sprawy chorobowej (8 lat) oraz rentgenogram, wskazujący na proces dobrotliwy w obrębie tylnego otworu szarpanego i wierzchołka piramidy.

Mamy tu prawdopodobnie doczynienia z oponiakiem, wychodzącym z okolicy tylnego otworu szarpanego, który jednocześnie zajmuje okolicę wewnętrznego otworu słuchowego. Oponiaki są to nowotwory dobrotliwe, wychodzące z opony twardej. Mogą one dochodzić niekiedy do dużych rozmiarów, ale rozwój ich jest powolny. Za rozpoznaniem tem przemawiają: obraz kliniczny, badanie rentgenologiczne i histopatologiczne.

Golakowski i Karbowski — Przypadek ropnia międzyoponowego pochodzenia usznego.

Chora lat 30, na 3 tygodnie przed wystąpieniem objawów mózgowych przechodziła zapalenie ucha środkowego o przebiegu łagodnym nie ropnym. Sprawa trwała kilka dni, i chora wypisała się ze szpitala jako zdrowa. Po ustąpieniu bólów ucha chora zaczęła się uskarżać na bóle głowy, które stopniowo wzmagały się. T^0 podnosiła się, i szybko wystąpiły objawy mózgowe. Chora została skierowana do szpitala (oddział D-ra Jakimiaka) z rozpoznaniem zapalenia opon.

Badanie chorej: ogólnie lekki stan zamroczenia. Uszy: otoskopja—norma, słuch—n., opukiwanie lewego wyrostka sutkowego bolesne, narządy n. przedsionkowego—n. Układ nerwowy: sztywność karku bez objawu Kerniga i Brudzińskiego, dno oczu +, nn. czaszkowe +, mowa prawidłowa, brak afazji senzorjalnej i dysartrji; odruchy ścięgniste żywe, lewy brzuszny może nieco słabszy od prawego, objawy paretyczne prawostronne+, Babiński—, Gordon+, Rossolimo—. Rentgen — zmniejszenie powietrzności lewego wyrostka sutkowego. Krew—16.000 leukocytów, płyn m.-r. klarowny. Nonne-Appelt ++, limfocytozy brak.

Wobec wyraźnych objawów paretycznych prawostronnych przy ujemnym Babińskim rozpoznawano ropień międzyoponowy lub oponowo-mózgowy.

Chora zrazu nie zgadzała się na operację, i dopiero po 3 dniach, kiedy wystąpiły drgawki prawostronne o typie Jacksonowskim, afazja ruchowa i znaczne zamroczenie, uzyskano zgodę otoczenia na zabieg operacyjny.

Dokonano operacji. Uśpienie ogólne. Wyrostek przekrwiony bez cech zapalnych. Opona twarda tylnej i środkowej jamy czaszkowej bez zmian. Brak tętnienia. Nakłucia w 3 kierunkach zraza skroniowego ropy nie wykryły. W dalszym ciągu obnażona została okolica zawoju skroniowego górnego. Nakłucie opony twardej wykazało obecność ropy. Oponę twardą nacięto, z otworu wydostało się nieco ropy pod małem ciśnieniem. Wprowadzono dren gumowy. Następnego dnia stan chorej poprawił się i przytomność wróciła, objawy paretyczne mniej wyrażone, zaburzenia mowy bez zmian. Przy 1 opatrunku był wyciek ropny z drenu, przy drugim opatrunku do otworu drenu wtłoczyła się istota mózgowa. Trzeciego dnia po operacji chora nagle zmarła przy objawach porażenia ośrodków roślinnych. Na sekcji stwierdzono dużych rozmiarów ropień przestrzeni pajęczynowatej w obrębie zraza czołowego, który sięgał do sulcus centralis Rolandi.

Okazuje się, że podczas operacji natrafiono na brzeg ropnia, i otwór w oponie twardej został zatkany przez istotę mózgową, która wtłaczała się pod naporem ropy z przedniego dołu czaszkowego. Ropień znajdował się między ściennym a trzewnym listkiem pajęczynówki, które były zgrubiałe i nacieczone. W samej istocie mózgowej ropnia nie było.

Przypadek jest ciekawy: 1) ze względu na powstanie ciężkiego powikłania mózgowego opon w przebiegu łagodnego nieropnego cierpienia uszu,

2) ze względu na powstanie otorbielonego ropnia przestrzeni pajęczynowatej na drodze przerzutowej lub też na drodze sprawy zakrzepowej w żyle,

3) ze względu na rzadkość tego rodzaju powikłań.

W literaturze znajdujemy zaledwie kilka przypadków podobnych, m. in. przyp. Langego i Riminiego.

W dyskusji *Czarnecki* zaznacza, że gdyby była robiona operacja Wagnerowska, toby odrazu natrafiono na źródło ropy, i chora zostałaby, być może, uratowana.

Posiedzenie z dn. 28.IV 1932 r.

Przewodniczący — *J. Czarnecki*, sekretarz — *J. Tencer*.

Prezes *Czarnecki* wygłosił wspomnienie pośmiertne, poświęcone pamięci tragicznie zmarłego Prof. G. Alexandra, członka honorowego T-wa.

Czarnecki pokazał chorą po operacji osteoplastycznej czaszki wskutek przepukliny mózgowej w stanie zupełnego zagojenia. Chora była poprzednio demonstrowana.

Hellin pokazał preparaty mikroskopowe z przypadku znamienia brodawczakowatego, usadowionego w zewnętrznym przewodzie słuchowym.

Posiedzenie z dn. 27.X 1932 r.

Przewodniczący — *J. Czarnecki*, sekretarz — *J. Tencer*.

Hellin przedstawił przypadek zwężenia przełyku u dziecka. Zwężenie powstało po otruciu ługiem. W 2 tygodnie potem rozpoczęto cewnikowanie przełyku oraz jednocześnie zastrzykiwano fibrolizynę. Rozszerzano przełyk 2 razy tygodniowo, przyczem cewnik pozostawał w przełyku bardzo krótko. Wynik leczenia jest bardzo dobry. Na 2-ch przedstawionych roentgenogramach widać stan przełyku przed rozpoczęciem leczenia oraz w chwili obecnej.

Dyskusja. *Lubliner* stosował w zwężeniach tchawicy obok rozszerzania cewnikami fibrolizynę. Dodatnie wyniki leczenia trudno przypisać działaniu fibrolizyny.

Dobrowolski również stosował fibrolizynę w kilku przypadkach otrucia ługiem oraz następczego zwężenia przełyku. Wyraźnych wyników po zastrzyknięciach fibrolizyny nie spostrzegał. Parokrotnie zauważył u starszych chorych jakby subjektywną poprawę, sądzi jednak, że był to wpływ psychiczny, chorzy bowiem ze zwężeniem przełyku są neurastenikami i podobnie do wielu innych chronicznych chorych odczuwają poprawę przy zastosowaniu nowych środków.

Jabłoński nie jest za stosowaniem cewnikowania w zwężeniach „na ślepo" i radzi posługiwać się w tym celu ezofagoskopem.

Koenigstein omawia metody cewnikowania przełyku w zwężeniach: wczesną i późną. Wypowiada się przeciw stosowaniu ezofagoskopu u dzieci w przypadkach zwężenia przełyku. Demonstrowanego przypadku nie zalicza do ciężkich.

Karbowski jest przeciwnikiem używania ezofagoskopu w świeżych przypadkach zwężeń po otruciach, natomiast w zwężeniach starszych ezofagoskopja jest wskazana. W omawianym przypadku sprawa musiała być powierzchowna. Tem się tłumaczy tak ładny i szybki wynik leczenia.

Czarnecki stosował fibrolizynę w oparzeniach skóry, które niekiedy prowadziły do unieruchomienia kończyn. Nie stwierdzał żadnego efektu od tej metody leczenia.

Hellin w odpowiedzi zaznacza, że stosuje zgłębnikowanie i zastrzykiwanie fibrolizyny jednocześnie. W pokazanym przypadku zwężenie przełyku było znaczne. Ezofagoskopja w podobnych przypadkach często prowadzi do zejścia śmiertelnego. Ostrożne sondowanie jest bezpieczniejsze. Co się tyczy fibrolizyny, to jednakże ona rozmiękcza tkanki w przypadku oparzenia przełyku. Nie wykazuje natomiast tego działania w zbliznowaceniach innego rodzaju.

L. Lubliner. Ropnicowe zapalenie szyi.

Ropnicowe zapalenia szyi bądź to pochodzenia urazowego, bądź jako dalsze powikłanie po zapaleniach ropnych gardła, migdałków, języka, nasady języka, nagłośni lub krtani, należą do niezmiernie ciężkich schorzeń ustroju. Przypadek taki o błyskawicznie szybkim a ciężkim przebiegu pokrótce przedstawię.

Chory N. J. student, lat 24, przybył na oddział dnia 11 września wieczorem. Chory opowiada, że przed 10-ciu dniami poczuł ból gardła a potem i ból w uchu z lewej strony. Przez cały ten czas był leczony w domu. Od pierwszej chwili gorączkował. Żadnych poważniejszych chorób nie przechodził. Badanie krtani dnia następnego wykazało przekrwienie śluzówki ze strony lewej, obrzmienie nagłośni, fałdu bocznego oraz w słabszym stopniu rzekomej struny głosowej. W gardle obrzęków niema, zaś skóra szyi z lewej strony jakby napięta. Chory mówi głosem ochrypłym, słabym. Następnego dnia zmiany takie same, acz nieco słabiej wyrażone. Tegoż dnia chory zmarł nagle przy słabych objawach duszności, jakby porażony.

Rozpoznanie anatomo-patolog.: Phlegmona perilaryngealis sinistra. Abscessus sinus piriformis sin. Oedema laryngis. Abscessus profundus tonsillae sin. Laryngitis et tracheitis fibrinosa recens. Hyperplasia follicularis lienis. Colitis. Dilatatio cordis. Thymus persistens. Ascaridiasis. Przebicie ropnia do krtani powyżej struny głosowej. Gardło i języczek blade, mocno obrzęknięte. Migdałki małe, płaskie. Lewy nieco większy, na przekroju zawiera głęboki ropień, wielkości ziarnka grochu, stykający się z podstawą. W zatoce gruszkowatej śluzówka jest bardzo obrzmiała, nastrzyknięta. Tkanki, otaczające lewą ścianę krtani, począwszy od chrząstki tarczykowej w dół aż do chrząstek tchawicy są nacieczone i zawierają dużą ilość ropy. Jamy, wypełnione ropą, łączą się z okolicą zropiałej podstawy migdałka lewego. Z lewej strony, na zewnątrz od struny rzekomej widać rozległe, obrzmiałe pole, na przekroju którego z głębszych warstw również wydobywa się ropa. Tchawica cała zasiniona, śluzówka gdzieniegdzie zmętniała, gdzieniegdzie pokryta włóknikiem.

Przypadki takie, niezmiernie ciężkie w swym przebiegu, w pierwszych okresach tworzenia się ropni głębokich zbyt późno, niestety, przybywają do szpitala, in extremis, kiedy wszelka pomoc nie doprowadza do wyleczenia. W danym przypadku ropne zapalenie głębokich tkanek szyi, prawdopodobnie wzięło początek od głęboko usadowionego ropnia, wielkości groszku na podstawie migdałka i rozpowszechniło się w głębokich warstwach szyi, w bocznej lewej części krtani, co przy istnieniu thymus persistens, wywołało nagłe zejście śmiertelne. W przypadkach z ropieniem ograniczonem bocznej części szyi, z wytworzeniem ropnia zejście pomyślne nie należy do rzadkości.

D y s k u s j a: *Dobrowolski* zaznacza, że znane mu są przypadki nagłego uduszenia się pacjenta wskutek róży krtani. I w tym przypadku mogła być róża, a w następstwie obrzęk krtani i zaduszenie się, które wystąpiło tak szybko, że nie zdążono dokonać tracheotomji. Obrzęk głośni wskutek ropni krtani lub sąsiadujących z nią narządów zwykle występuje nie tak nagle. Przy róży bardzo często zdarzają się zamroczenia umysłu, przeto mówca zapytuje, czy w danym przypadku nie było tego objawu.

Koenigstein uważa, że w omawianym przypadku należało dokonać operacji zaraz po przybyciu chorego do szpitala i szukać ropy w głębokich tkankach szyi.

Karbowski stwierdza, że była to posocznica w formie utajonej.

Czarnecki omawia sprawę operowania flegmon szyjnych i stwierdza, że operacje te są często bardzo poważne. Cytuje przypadek, w którym po przecięciu ropowicy na szyi wystąpił silny krwotok.

Lubliner w odpowiedzi zaznacza, że niezawsze łatwo jest stwierdzić obecność ropy w przypadku flegmony szyjnej. Róży krtani w przypadku tym nie było. Róża daje silne bóle połykowe, czego tu nie było. Sprawa mogła się zacząć od zwykłej anginy. Chory przybył do szpitala w stanie ciężkim i operacja nie dałaby skutku.

Posiedzenie z dnia 28.I 1932 r.

Przewodniczący — *J. Czarnecki,* Sekretarz — *J. Tencer.*

Joz pokazał szereg zdjęć rentgenowskich narządu słuchu w stanie normalnym i patologicznym. Ze spraw chorobowych zostały uwzględnione zapalenia ucha środkowego ostre i przewlekłe, dalej urazy narządu słuchu i guzy mózgu. Wszystkie pokazane zdjęcia prelegent dokładnie zanalizował, zwracając uwagę na doniosłość wykonywania kilku zdjęć w różnych ustawieniach głowy w każdym przypadku.

D y s k u s j a. *Weintal* zapytuje, jakie wyjaśnienia daje zdjęcie rentgenowskie w przypadku wątpliwym pod względem klinicznym oraz w jakim stopniu technika fotograficzna wpływa na obraz rentgenowski narządu słuchu.

Srebrny uważa, że rentgen nie daje wskazań do operacji w przypadku zapalenia wyrostka sutkowego; decyduje obraz kliniczny.

Lubliner podnosi postęp w technice zdjęć rentgenowskich, który się dokonał w ostatnich latach i podnosi wartość zdjęć stereoskopowych.

Chorążycki stwierdza, że w razie wytworzenia się ropnia kostnego w wyrostku sutkowym, będzie to można zobaczyć na rentgenogramie, co stanowi bezwzględne wskazanie do wykonania operacji.

Karbowski zaznacza, że rentgen uzupełnia luki kliniczne, nie daje natomiast wskazań do operacji. Ze zdjęcia rg. można się dowiedzieć o położeniu komórek pneumatycznych, co ułatwia postępowanie w czasie operacji.

Czarnecki stwierdza, że zdjęcia rg. narządu słuchu, wykonywane co pewien czas w przebiegu zapalenia ucha środkowego mają duże znaczenie w leczeniu. Cytuje przypadek, w którym rentgen pomógł rozpoznać sprawę uszną i przyczynił się do powzięcia decyzji co do wykonania operacji.

Joz opowiada, że technika wykonania zdjęcia jest standaryzowana, że rentgenogram nie daje wskazań do operacji, gdyż jest tylko czynnikiem pomocniczym, że najważniejsza wartość zdjęcia polega na wykazaniu budowy wyrostka sutkowego i rozprzestrzenienia się zmian chorobowych. W każdym przypadku zapalenia ucha środkowego, które trwa dłużej, niż 3 tygodnie należy dokonać zdjęć rentg. narządu słuchu.

Posiedzenie z dnia 25.II 1932 r.

Sinołęcki przedstawił przypadek owrzodzeń gruźliczych policzka i języka, wyleczonych stosowaniem złota.

D y s k u s j a. *Lubliner* omawia różne preparaty złota i zaznacza, że złoto wywiera dodatni wpływ w niektórych przypadkach gruźlicy błon śluzowych.

Weintal podkreśla, że leczenie złotem jest wskazane w tych przypadkach, w których ogólny stan chorego jest dobry; przytacza przypadek, w którym owrzodzenie gruźlicze zostało wyleczone bez stosowania złota w ciągu 2 tygodni.

Koenigstein wątpi czy w ciągu takiego czasu mogło uledz wyleczeniu owrzodzenie gruźlicze.

Karbowski uważa, że w krótkim czasie znikają nadżerki nieżytowe w krtani, lecz nie owrzodzenia gruźlicze.

Czarnecki przypomina różniczkowanie pomiędzy owrzodzeniem gruźliczem a nieżytowem, przeprowadzone swego czasu podczas omawiania metody Herynga leczenia gruźlicy krtani.

Sinołęcki zaznacza, że w omawianym przypadku stan krtani ostatnio znacznie się poprawił dzięki stosowaniu aurosanu. Pomimo to płuca chorego nie są w dobrym stanie, a w plwocine stwierdza się prątki.

Karbowski — Pokaz chorego po operacji antrotomji epitympanalnej.

Chory lat 28 zwrócił się z powodu grypowego zapalenia ucha środkowego Błona bębenkowa była nacieczona, część wiotka wypięta i tworzyła wraz z przylegającą częścią przewodu kostnego jeden naciek. Chory uskarżał się na silne bóle głowy w części ciemieniowej, na szum i na głuchotę. Badanie słuchu stwierdziło: szept u małżowiny, formuła akumetryczna typowa dla cierpienia narządu doprowadzającego. Dokonana została paracenteza w tylno-górnym odcinku. Potem bóle złagodniały, ropotok się zmniejszył, t^0 do 37^8. Na 4 dzień wystąpiły znowu silne bóle głowy i t^0 podniosła się do 38^6. Badanie rentgenem ustaliło wyraźne zmiany w komórkach periantralnych. Wobec wyraźnych cech, które wskazywały na epitympanalną postać sprawy, — znaczne obniżenie słuchu przy braku ropotoku pomimo dokonanego przecięcia błony, wypięcie i nacieczenie Schrapnela, obejmujące również przylegającą część przewodu słuchowego, zlokalizowane w części ciemieniowej głowy — chory został zakwalifikowany do operacji. Polegała ona na otwarciu jamy sutkowej, zachyłka i oczyszczeniu komórek w tej okolicy. Po 6 dniach usunięty zostat opatrunek, i rana wobec dobrego wyglądu została na głucho zamknięta. Po 2 tygodniach chory został wypisany z raną zagojoną. Obecnie z przewodu słuchowego wycieka niewiele, bóle głowy ustąpiły, słuch bez poprawy, szum obecny.

D y s k u s j a. *Sinołęcki* uważa, że w przypadku tym nie nastąpiło jeszcze wyleczenie, gdyż chory ma wydzielinę z ucha, skarży się na szum i przytępiony słuch

Posiedzenie z dnia 31.III 1932 r.

Prezes — *J. Czarnecki,* Sekretarz — *J. Tencer.*

Karbowski — pokazał chorego, demonstrowanego na poprzedniem posiedzeniu, u którego została wykonana antrotomja nadbębenkowa. Chory czuje się dobrze, nie ma ani bólów ani szumu w uchu. Na rentgenogramach, wykonanych wg. Schüllera i Mayera, b. ładnie jest widoczny ubytek kostny, powstały w związku z operacją.

D y s k u s j a. *Srebrny* przypomina, że zaszywanie ran po trepanacjach wyrostka sutkowego jest znane i już dawno było stosowane przez Blumenthala.

Lubliner omawia technikę różnych zabiegów operacyjnych, wykonywanych w zapaleniu wyrostka sutkowego i podkreśla wartość t. zw. attiko-antrotomji.

Karbowski wymienia różnice pomiędzy antrotomją zwykłą a antrotomją nadbębenkową i podnosi znaczenie tej metody w grypowych zapaleniach uszu.

Karbowski wygłosił odczyt p. t. „Kilka uwag w sprawie grypowego zapalenia uszu".

Dyskusja. *Lubliner* stwierdza, że każda epidemja grypy miała swoisty przebieg. Grypa w 1890 r. znamionowała się tem, że w zapaleniach uszu stwierdzało się pęcherze i krwawe wybroczyny na błonie bębenkowej. Hiszpanka 1918 r. miała charakter dżumy płucnej i powodowała wiele wypadków śmiertelnych W czasie epidemji grypy stwierdzało się często, że grypa była czynnikiem prowokującym dla różnych spraw chorobowych, które znajdowały się w uchu w stanie utajonym. Mówca przestrzega przed wczesnemi zabiegami na błonie bębenkowej podczas grypowego zapalenia uszu.

Srebrny uważa, że niezawsze można ustalić czy zapalenie ucha środkowego jest natury grypowej. Wygląd otoskopowy błony nie zawsze ma znaczenie, decydują ogólne objawy grypy. Bóle ucha, wylewy krwawe i pęcherze są wyrazem nasilenia cierpienia.

Pieniążek przytacza przypadek podobny do przypadku Karbowskiego, w którym można było stwierdzić odłuszczenie powierzchownej warstwy błony bębenkowej.

Chorążycki b. wątpi w istnienie samych zapaleń błony bębenkowej bez zajęcia ucha środkowego. Nie jest pewny, czy zakażenie w zapaleniu grypowem ucha środkowego powstaje tylko na drodze krwionośnej. Trudno również odgraniczyć zapalenie ucha środkowego pierwotne od wtórnego.

Czarnecki podkreśla, że w przebiegu jednej i tej samej epidemji grypy różna jest zjadliwość zarazków chorobotwórczych. Przebieg cierpienia zależy w dużej mierze od reakcji ustroju. Podział zapaleń ucha środkowego na pierwotne i wtórne jest sztuczny.

Karbowski w odpowiedzi zaznacza, że istnieją grypy, które się uzewnętrzniają tylko w uszach. Zapalenie grypowe ucha środkowego powstaje na drodze krwionośnej. Przemawia za tem jednoczesne występowanie zmian na błonie bębenkowej i w zewnętrznym przewodzie słuchowym.

Posiedzenie Polskiego Tow. Oto-laryngologicznego, Sekcji poznańsko-pomorskiej

z dnia 8 listopada 1932 r.

I. Kol. *Okulicz-Kozaryn* przedstawia przypadek sarcoma microglobocellulare laryngis u chorej M. S. l. 50. Przy pierwszem badaniu można było stwierdzić guz, wychodzący z okolicy prawej chrząstki nalewkowej, wielkości wiśni. Wycinek pobrany wykazał utkanie mięsakowate. Zastosowano naświetlanie prom. X. Otrzymała dotąd 11 naświetlań (około 50% dawki naprom.) na trzy pola boczne i jedno środkowe, pod wpływem których guz ten zmniejszył się znacznie. Pozostało tylko nieznaczne zgrubienie chrząstki nalewkowej prawej. Następny wycinek próbny ujemny.

II. Prof. *Laskiewicz* przedstawia pacj. l. 58, u którego przed trzema laty wycięto mały polip na strunie głosowej lewej. Badanie drobnowidowe wykazało wówczas papilloma laryngis. W zeszłym roku pacjent zgłosił się ponownie z chrypką. Przy badaniu laryngologicznem stwierdzono guzek, wielkości główki od szpilki w okolicy przedniego spoju więzadłowego. Badanie histopatol. wykazało carcinoma planoepitheliale. Na proponowany mu zabieg operacyjny (laryngofissura) chory się wówczas nie zgodził lecz wyjechał do Wiednia, gdzie mu zasto-

sowano rad. Metodą Ledoux przez małe okienko w przedniem kącie chrząstki tarczyk. pacj. otrzymał 1900 millicurie godzin w przeciągu 46 godzin. W drugim tygodniu po ukończeniu naświetlań wystąpiły objawy odczynowe w postaci obrzęku obu chrząstek nalewkowych, zatarcia recessus piriformis z niemożnością połykania oraz zaznaczającą się dusznością. Objawy te częściowo ustąpiły pod leczeniem konserwatywnem, okładami, rozpylaniem do krtani słabego roztworu 2% nowokainy z 0,1% adrenaliną. Równocześnie udało się usunąć po rozszerzeniu wąskiej przetoki pooperacyjnej zewnętrznej drobne sekwestry obumarłej chrząstki w najbliższem sąsiedztwie okienka w chrząstce tarczykowej. Na załączonem zdjęciu roentgenowskiem widać znaczny ubytek w przedniej części chrząstki tarczykowej, odpowiadający miejscu sekwestracji. Laryngoskopowo lekkie wzniesienie ponad przedniem spoidłem, upośledzające nieznacznie ruchomość strun głosowych. Obecnie pozostała mała tylko przetoka zewnętrzna, którą będzie można bez trudności zaszyć. Na skórę szyi stosuje się cehasol Mercka, preparat dziegciowy, działający jako specyfik po naświetlaniach radowych. Prelegent zwraca uwagę na ujemne strony met. fenestracyjnej Ledoux.

III. Kol. *Łączkowska* przedstawia wyleczony przypadek jąkania, połączonego z ciężkiem bełkotaniem (dysarthria syllabaris et dysarthria litteralis). Mowa dziecka była poprzednio zupełnie niezrozumiała, artykulacja dziecka wadliwa. Dziecko nie wymawiało głosek S, Sz, C, Cz, Ż, T, R, B, G. i D. Leczenie polegało na ćwiczeniach artykulacyjnych i oddechowych oraz ćwiczeniach z użyciem sondy Gutzmana.

IV. Kol. *Małuj* przedstawia przypadek obrażenia kości czołowej w miejscu, odpowiadającem zewnętrznej ścianie zatoki czołowej prawej, u pacjenta l. 23, naskutek silnego uderzenia podczas jazdy na rowerze. Na załączonych dwóch zdjęciach roentgenowskich w płaszczyźnie frontalnej i sagitalnej widać wyraźnie wgniecioną część przedniej ściany w kierunku do zatoki czołowej oraz szczelinę w kierunku tabula interna.

Chory stracił początkowo przytomność, a równocześnie zauważył wyciek płynu jasnego z nosa z domieszką krwi. Wyraźnych objawów oponowych nie stwierdzono. Chodziło więc w tym przypadku o wyciek płynu mózgowordzeniowego przez prawą połowę nosa na skutek pęknięcia opony twardej w miejscu obrażenia przylegającej do niej tylnej ściany jamy czołowej po tejże stronie. Stosowano tamponadę nosa, urotropinę i lód na głowę. Chory nie skarży się obecnie na żadne dolegliwości z wyjątkiem wspomnianej deformacji okolicy kości czołowej.

Drugi przypadek dotyczy *żołnierza lat 20* z rozpoznaniem phlegmona lateropharyngea e tonsillitide acuta z rozpoczynającym się obrzękiem wejścia krtanowego. Sprawa chorobowa ustąpiła pod leczeniem konserwatywnem, zapomocą kataplazmów, zastrzyków codziennych omnadiny podczas obserwacji szpitalnej.

V. Prof. *Laskiewicz* przedstawia przypadek glioma sarcomatodes błędnika sitowego prawego i oczodołu u chorego lat 3, przedstawionego już na poprzedniem zebraniu w czerwcu. U chorego wykonano na Klinice Ocznej w lipcu b. r. rewizji oczodołu z wycięciem znacznej części guza w oczodole. Po zastosowaniu dwóch naświetlań roentg. po 30% dawki rumieniowej przez pole wielkości 3 cm^2 tuż poniżej gałki ocznej i przez drugie pole 3 cm^2 na wysokości processus zygomaticus wysadzenie gałki ocznej ustąpiło prawie zupełnie. Natomiast dało się zauważyć wypuklenie guzowate w okolicy tuber frontalis po prawej stronie, twarde, o przesuwalnej ponad niem skórze pochodzące od ogniska przerzutowego

nowotworu. Zdjęcie roentgenologiczne wykazało wyraźne zaciemnienie w obrębie błędnika sitowego prawego oraz zatoki szczękowej prawej. Wstrzyknięcie lipjodolu dało cień kropelkowy w obrębie wspomnianej jamy górnoszczękowej. Przy płókaniu tejże jamy od strony otworu w dolnym przewodzie nosowym wydziela się treść ropna w niewielkiej ilości. Ciepłota nie podwyższona. Ogólny stan dobry. Przypadek został skierowany do leczenia radem.

Pod koniec posiedzenia Prof. Laskiewicz referuje obszernie o Zjeździe Międzynarodowym Otolaryngologów w Madrycie we wrześniu b. r.

Dworczykówna.

Posiedzenie z dnia 17 stycznia 1933 r.

w Klinice Oto-laryngologicznej U. P. ul. Fredry 7.

I. Kol. *Łączkowska* przedstawia 2 przypadki wyleczonego seplenienia międzyzębowego (sigmatismus interdentalis) w przeciągu 4—5 posiedzeń zapomocą ćwiczeń artykulacyjnych i płytek woskowych.

II. Prof. *Laskiewicz* przedstawia przypadek 1) chłopiec lat 8 z wrodzonemi ubytkami, ułożonemi symetrycznie po obu stronach łuków podniebiennych przednich, wielkości fasoli, w okolicy górnego bieguna migdałków podniebiennych, o brzegach gładkich, cienkich, dających się z łatwością unieść przy pomocy zgłębnika.

2) Chora M. S. lat 30, z rozpoznaniem sinuitis frontalis chronica et ethmoidomaxillaris necroticans fistulosa dextra et sinuitis fronto-ethmoidalis chronica sinistra. Pacjentkę przyjęto do Kliniki w stanie ciężkim, z wysoką gorączką z objawami septycznemi oraz nieregularnem miękkiem tętnem. Badanie internistyczne wykazało w płucach nieliczne świsty, rentgenologicznie stwierdzono powiększone gruczoły chłonne we wnęce. Śledziona bolesna, macalna na dwa palce poniżej łuku żebrowego. Obraz krwi wykazał zwiększenie ilości c. b. krwi w szczególności obojętnochłonnych, Wysadzenie gałki ocznej prawej, ruchomość i dno bez zmian. W kącie oka prawego przetoka wielkości soczewicy, przez którą wydziela się ropa na zewnątrz. Badanie nosa wykazuje obecność obfitej wydzieliny ropnej zgęszczonej, o wyglądzie serowatym, zwłaszcza w jamie nosowej prawej. Ze względu na ciężki stan przystąpiono do zabiegu operacyjnego od zewnątrz sposobem Ritter-Jansena. Po otwarciu jamy czołowej i sitowej natrafiono na rozległe zmiany nekrotyczne ścianek kostnych komórek sitowych, sąsiadujących z zatoką czołową, w postaci kilku luźnych martwiaków dług. od 6 — 10 mm. Pozatem masy ziarninowate wypełniające wspomniane zatoki. Po usunięciu tychże oraz wytworzeniu szerokiej komunikacji z jamą nosową przez resekcję całkowitą muszli środkowej, przystąpiono do zaszycia rany skórnej. Przetokę w wewnętrznym kącie oka dokładnie wyskrobano, a powstały stąd ubytek zeszyto przez zwolnienie płata skórnego zewnętrznego cięciem długości około 1,5 cm. na grzbiecie nosa. Ze względu na ropny stan zapalny przewlekły jamy Highmora prawej musiano wykonać równocześnie na jednem posiedzeniu operację doszczętną sposobem Caldwell-Luca z usunięciem ziarniny oraz nielicznych martwaków w górnej ścianie tejże jamy. Cięcie zewnętrzne oraz plastyka ubytku zagojone. Pacjentka znajduje się obecnie w stanie znacznej poprawy, na drodze do wyleczenia. Po stronie lewej wykonano otwarcie komórek sitowych oraz jamy szczękowej zabiegiem wewnątrznosowym. Wydzielinę usuwa się systematycznie zapomocą pompy wodnej ssącej Koertinga. Ta wielopostaciowość sprawy zapalnej

ropnej w obrębie zatok nosowych przy równoczesnie utrzymującym się obustronnym ropotoku usznym nasuwa podejrzenie tła gruźliczego, co też zostało potwierdzone badaniem histologicznem ziarniny z tychże jam. Obok leczenia zachowawczego uszu stosuje się naświetlania lampą kwarcową, zastrzyki As., wewnętrznie Vigantol.

3) Nawiązując do przedstawionego przypadku załącza Prof. Laskiewicz pokaz 2-ch zdjęć fotograficznych podobnych przypadków sinuitis sequestrans fistulosa operowanych w latach ubiegłych w Klinice.

III. Kol. *Kozaryn* przedstawia zdjęcie roentgenowskie *roztrzeni oskrzelowych* u mężczyzny l. 36, wykonane przy *pomocy lipiodografji* w Zakładzie Rentgenologji U. P. Lipiodol 20% w ilości 15 cm.^{3} wprowadzono do oskrzeli w bronchoskopji górnej w pozycji siedzącej chorego. W dyskusji Prof. Laskiewicz podnosi trudności techniczne lipiodografji i konieczność wykonywania zdjęć na miejscu bezpośrednio po wprowadzeniu dooskrzelowem lipiodolu.

Następuje referat Prof. *Laskiewicza* na temat *badań stroboskopowych krtani* z objaśnieniem nowonabytego laryngo-stroboskopu H. Loebella.

Kol. *Banasiuk* referuje dotychczasowe *wyniki leczenia szmerów oraz niedosłuchu pochodzenia nerwowego przy pomocy przyrządu Ü-Strahlera.* Z 15-tu przypadków poddanych leczeniu tym sposobem przypada:

8 przyp. na nieżyt przewlekły uszu,
3 „ „ otosklerozę,
1 „ „ neurolabyrinthitis luetica,
2 „ „ schorzenia (ucha wewnętrznego) nerwu słuchowego na tle zawodowem,
1 „ „ niedosłuch starczy.

Poprawę wyraźną zaobserwował w przypadkach szmerów pochodzenia nieżytowego. Uporczywe szumy na pewien okres czasu znikały, wystarczyła jednak zmiana pogody ażeby pojawiły się z powrotem. Przed każdem naświetlaniem przedmuchiwano uszy kateterem, następnie rozpoczęto od 11,000 drgań po 8—10 minut na oba uszy. Po 2—3 naświetlaniach zwiększano częstotliwość drgań do tego momentu, kiedy pacjent najlepiej słyszy drgania aparatu. Naświetlano 5—6 razy, następnie stopniowo zwiększano do 193,000 drgań. Otoscleroza oraz zmiany ucha wewnętrznego na tle zawodowem dały przy leczeniu powyższem naogół wynik ujemny.

Pod koniec posiedzenia Prof. Laskiewicz referuje o zgłoszonych dotąd tematach przez poszczególne sekcje Polskiego Tow. Oto-laryngologicznego na mający się odbyć we wrześniu b. r. Zjazd Przyrodników i Lekarzy.

Dworczykówna.

Posiedzenie z dnia 25 kwietnia 1933 r.

w Klinice Oto-laryngologicznej U. P. ul. Fredry 7.

I. a) Prof. *Laskiewicz* przedstawia przypadek *torbieli okołonosowej (cysta paranasalis)* u pacjenta 40-letniego, którą usunięto cięciem podwargowem z wydłutowaniem dolnej kostnej ściany przedsionka nosa. W załączonym rentgenogramie po nastrzyknięciu tej torbieli jodipiną od strony nosa uwidacznia się brak komunikacji torbieli z zatoką Highmora oraz wyraźne wysadzenie dna przedsionka nosa.

I. b) Prof. *Laskiewicz* demonstruje *aparat Proetz-Le Mee'a do déplacement* płynów w celach rozpoznawczych i leczniczych spraw zapalnych jam bocznych nosa. Przyrząd ten, składający się z 3-ch zasadniczych części, mianowicie z bańki szklanej, manometru i balonu gumowego umożliwia przemieszczenie płynów leczniczych do zatok nosowych. Prelegent załącza 2 zdjęcia roentgenowskie jam bocznych z wprowadzonym w ten sposób lipjodolem do zatoki czołowej i szczękowej w celach djagnostycznych.

I. c) Prof. *Laskiewicz* przedstawia przypadek znacznego *skręcenia i przesunięcia tchwawicy przez uciskające wole* u pacjenta l. 51. W załączonym rentgenogramie oraz przy laryngoskopji uwidacznia się wystający rożek kości gnykowej jako wyraz dużego ucisku przez nadmiernie rozrosły gruczoł tarczowy na krtań. Zaznaczyć przytem należy brak porażenia nerwu zwrotnego. Prelegent podkreśla znaczenie rentgenografji tchawicy w celach rozpoznawczych jej przesunięć.

II. Kol. *Kozaryn* przedstawia dwa przypadki po wyleczonym *zabiegu doszczętnym ucha środkowego zachowawczym sposobem Eickena,* wykonanym od strony przewodu słuchowego. Obecnie jama potrepanacyjna wyepitelizowana, słuch znacznie lepszy.

III. Kol. *Iwaszkiewicz* przedstawia przypadek *śluzowiaka zatoki czołowej* (*mucocele frontalis*) u pacjentki 14-letniej, u której od około 1/2 roku pojawił się wzrastający stale wytrzeszcz gałki ocznej z przesunięciem jej na zewnątrz i ku dołowi. Przeprowadzone w Klinice Okulistycznej odsunięcie operacyjne powieki górnej wykazało obecność dużej ilości ropy w tkance okołoocznej, wobec czego skierowano pacjentkę do Kliniki Oto-laryngologicznej celem rewizji jam bocznych nosa. Wykonany tu zabieg operacyjny, polegający na resekcji muszli środkowej i otwarciu błędnika sitowego zapomocą haczyka Hajeka potwierdził w zupełności rozpoznanie. Rana skórna, zaszyta zupełnie ze względów kosmetycznych, dobrze się zagoiła.

IV. a) Kol. *Glabisz* referuje o przypadku *ostrego ropnego zapalenia ucha* środkowego, powikłanego *obrzękiem okolicy wyrostka sutkowego,* znacznego stopnia, *przypominającego mastoiditis Betzoldi.* Badanie bakterjologiczne wydzieliny wykazało obecność laseczników Loefflera. Leczenie swoiste surowicą przeciwbłoniczą doprowadziło w krótkim czasie do zupełnego wyleczenia pacjentki. Nawiązując do powyższego przypadku kol. Glabisz podkreśla konieczność częstego badania bakterjologicznego wydzieliny w zapaleniach ropnych ucha środkowego szczególnie złośliwych i uporczywych.

IV b). Kol. *Glabisz* referuje o przypadku *ropnia mózgowego* (abscessus lobi temporalis) w następstwie ropnego zapalenia ucha środkowego. Wobec potwierdzenia rozpoznania przez okulistę i neurologa, przeprowadzono radykalną operację ucha z równoczesnem nakłuciem ropnia z wynikiem dodatnim. Po okresie dwumiesięcznym pozornego wyleczenia sprawy nastąpił nawrót z objawami silnej gorączki do 40 st., bólami głowy, mdłościami, przyczem rewizja rany wykazała prolaps mózgu w miejscu poprzedniego ropnia. Nakłucie lędźwiowe wykazało początkujące zapalenie opon mózgowych. Mimo otwarcia błędnika metodą Jansena stan pacjentki znacznie się pogorszył i po pięciu dniach nastąpiło zejście śmiertelne. Drugi przypadek zapalenia ucha środkowego powikłanego zapaleniem opon mózgowych, po dokonanej ekstrakcji polipów usznych zakończył się pomyślnie po otwarciu błędnika metodą Jansena-Neumanna. Płyn mózgowo-rdzeniowy pozostawał długi czas mętny, poczem nastąpiło zupełne wyleczenie pacjenta.

V. Kol. *Małuj*, przedstawia rzadki przypadek *bliznowatego zwężenia gardła*, na poziomie podniebienia miękkiego jako pozostałość po kilaku, przypuszczalnie w następstwie lues congenita (Wassermann +). Zwężenie to przepuszcza zaledwie cienki zgłębnik w kierunku noso-gardła.

VI. Kol. *Banasiuk*, przedstawia pacj. lat 37, który w dzieciństwie na nic poważnego nie chorował, ma troje zdrowych dzieci. W grudniu 1930 r. zauważył powiększenie gruczołów na szyi i w miarę ich powiększania się zaczął niedosłyszeć. Po dwuletniem niespełna leczeniu u różnych lekarzy został skierowany do Kliniki.

Badanie słuchu: $Cc\frac{0}{2}$; $Cd\frac{0}{2}$; $C\frac{0}{4}$; $C_1\frac{0}{8}$; $C_2\frac{3}{10}$; $C_3\frac{4}{17}$; $C_4\frac{2}{10}$; $C_5\frac{2}{5}$

W — w głowie, Schw. $\frac{8}{6}$: R $\frac{-}{+}$: $\sqrt{\frac{\text{mowa głośna ad conch.}}{\text{zwykła mowa.}}}$

Objętość szyi 42 cm. Na tylnej ścianie gardła stwierdza się zgrubienie wałowate oraz zrost tylnych łuków podniebiennych z tylną ścianą gardła. Otwór jamy nosowogardłowej drożny na szerokość ołówka. Pobobne zgrubienia na przednich łukach, migdałkach i podniebieniu miękkiem. Pacjent skarży się na trudności przy oddychaniu. Wycinek próbny pobrany z tylnej ściany wykazał utkanie gruźlicze. Pacjent otrzymał 15 naświetlań prom. Rentgena 6 razy koagulowano djatermją Micro-Victor zrosty łuków podniebiennych z tylną ścianą gardła. Badanie nosa zmian nie wykazało. Rynoskopja tylna z powodu zrostów niemożliwa. Otoskopowo stwierdza się zmętnienie i wciągnięcie obu błon bębenkowych znacznego stopnia.

Badanie słuchu 25.IV 33 r. $C\frac{5}{8}$; $C_1\frac{3}{11}$; $C_2\frac{2}{18}$; $C_3\frac{1}{18}$; $C_4\frac{2}{9}$

W b—w lewo, Schw. $\frac{8}{5}$; R $\frac{-}{+}$ $\sqrt{\frac{\text{1/2 metra szept.}}{\text{1 metr szept.}}}$

Pacjent lepiej słyszy od 3-ch miesięcy, objętość szyji wynosi obecnie 37 cm.

VII. Kol. *Godlewski* referuje przypadek *ciała obcego krtani* w postaci skobla dług. 38 mm. grubości 3 mm., który tkwił przez 8 godzin wbity w tylną ścianę krtani w części podgłośniowej tuż poniżej strun głosowych nie sprawiając ani kaszlu ani też duszności choremu. Ciało to usunięto w miejscowem znieczuleniu w direktoskopji.

W dyskusji zabierali głos Koledzy: Glabisz, Prof. Laskiewicz, Iwaszkiewicz, Banasiuk, Godlewski, Stocki. Co się tyczy konserwatywnej operacji radykalnej od strony przewodu zewnętrznego Kol. Glabisz przeciwstawia jej metodę pewniejszą co do wyleczenia: attico-antrotomję. W sprawie wyłuszczania migdałków zapomocą metody Sludera, Kol. Glabisz ogranicza wskazania do tego zabiegu do tych przypadków zapaleń przewlekłych migdałków, które są pozbawione znaczniejszych zrostów. Daje wogóle pierszeństwo zwykle stosowanej tonsillektomji.

Pod koniec następuje referat Kol. Godlewskiego *o leczeniu chirurgicznem posocznicy po anginie.*

Prelegent po omówieniu patogenezy tego cierpienia i dróg, jakiemi szerzy się infekcja, przechodzi do opisu obrazu klinicznego, podkreślając ważność następujących objawów chorobowych: 1) nagłe wstrząsające dreszcze z następującą ciężką zapaścią i spadkiem temperatury. Szczególniej mają one ważne znaczenie wtedy, jeżeli stwierdzimy, że po przejściowej poprawie i okresie bezgorączkowym znowu występuje pogorszenie stanu ogólnego i wysoka temperatura z dreszczami,

2) stwierdzenie przerzutów, 3) bolesność uciskowa w kącie żuchwy, na co specjalnie musimy zwrócić uwagę przy braku objawów miejscowych w gardle i jakichkolwiek zmian na szyi. Należy zawsze pamiętać o badaniu krwi bakterjologicznem i cytologicznem. W przypadkach istniejącego stanu septycznego mamy zawsze leukocytozę i przesunięcie wzoru leukocytarnego w lewo. Badanie bakterjologiczne według Uffenordego daje wynik dodatni tylko w 50%.

Rokowanie w przypadkach posocznicy po anginie jest b. poważne, przeważnie niepomyślne. Prelegent powołuje się na autorów: Brugsch, Gustaw Hofer, Claus, Hayrard i inni i podaje że sam dotychczas obserwował 5 przypadków posocznicy po anginie, z tych cztery z zejściem śmiertelnem, oraz jeden przypadek posocznicy po szkarlatynie, również zakończony śmiercią. Powołując się na prace wyżej wymienionych autorów, prelegent omawia sposoby postępowania chirurgicznego w tego rodzaju cierpieniach, które sprowadzają się zasadniczo do dwóch zabiegów operacyjnych: 1) wyłuszczenie migdałków w celu usunięcia ogniska pierwotnego, 2) dokładne obejrzenie dużych pni naczyniowych szyi, ewentualne podwiązanie v. jugul. int. (czasami innych) w celu przerwania głównej drogi, po której szerzy się infekcja.

Wnioski: 1) posocznicę po anginie należy uważać za cierpienie b. poważne, dające w większości przypadków rokowanie niepomyślne,

2) zasadniczem leczeniem tego cierpienia jest leczenie chirurgiczne.

3) na leczenie to składają się dwa momenty: a) usunięcie ogniska pierwotnego, a więc operacja doszczętnego wyłuszczenia migdałków, b) operacja t. zw. według Clausa, kontrola głównych pni żylnych na szyi; otwarcie głębokich tkanek szyi i ewentualne podwiązanie v. jugul. int.

4) leczenie to należy zastosować jaknajwcześniej po wystąpieniu uogólnienia się infekcji.

Posiedzenie z dnia 24 października 1933 r.

W Klinice Oto-laryngologicznej U. P. ul. Fredry.

I. Kol. *Banasiuk*: przedstawia pacjentkę 19-to letnią z *przewlekłym ropotokiem obu uszu*, niepoprawiającym się pomimo długoletniego leczenia specjalistycznego, u której sprobowano leczenia zapomocą U'Strahlera. Stan uszu przed naświetlaniem wykazał.

Otoskopowo: ubytek zupełny bębenka po obu stronach z mierną wydzieliną w jamie bębenkowej.

Funkcjonalnie: skrócenie skali słuchowej w obu kierunkach, przewodnictwo słuchowe prawidłowe, Rinne ujemny, szept ad concham.

Pacjentkę naświetlano promieniami o wysokiej częstotliwości 5-cio krotnie każdorazowo przez 5—8 minut, a mianowicie począwszy od 11.000 drgań na sekundę dochodząc stopniowo do 35.000 drgań.

Badanie następowe słuchu wykazało słyszalność szeptu po obu stronach w odległości 1 mtr. Ropotok znacznie się zmniejszył.

II. Kol. *Zakrzewski* przedstawia *2 przypadki ozeny*, leczone w klinice oto-laryngologicznej U. P. *zapomocą acetylocholiny*, sposobem następującym:

Po dokładnem oczyszczeniu jamy nosowej z zalegających strupów i przemyciu jej letnią wodą pendzlowano śluzówkę 1% roztworem kwasu mlekowego, poczem wcierano w nią przy pomocy pendzla z waty, świeżo przygotowany 5%

roztwór chlorku acetylocholiny przez 5 minut kolejno po obu stronach; po jego ukończeniu zostawiono w nosie sączek, długości kilkunastu centymetrów przepojony podobnym roztworem acetylocholiny. Sączki te chorzy usuwali sobie sami po 2 godz. Zabiegi powyższe powtarzano 8 razy tygodniowo.

Przypadek 1. S. N. lat 25; ozena obustronna od 6 lat, leczony dotychczas bez większej poprawy.

Leczony acatylocholiną w sposób wyżej podany, w czasie od 1.XII 32 r. do 3.II 33 r. Cuchnienie znikło zupełnie, błona śluzowa przybrała wygląd różowy, jest pokryta śluzem, nie zasychającym w strupy. Recedywy dotąd nie zauważono.

Przypadek 2. S. Z. lat 21, ozena od kilku lat. Chory skarży się na silne bóle głowy. Leczony acetylocholiną w czasie od 25.I.33 r. do 26.V. 33 r. z kilku tygodniową przerwą, po której ponowiono leczenie z powodu nawrotu. Osiągnięty wynik bardzo zadawalający po ukończeniu leczenia utrzymuje się dotąd. Cuchnienie i strupy ustąpiły zupełnie wraz z bólami głowy.

III. Kol. *Iwaszkiewicz:* przedstawia pacj. 8 letnią, u której wykonano *operację plastyczną przewodu zewnętrznego ucha metodą Ruttina II*, z powodu wrodzonego zarośnięcia przewodu słuchowego zewnętrznego (atresia meatus auditorii congenita). Badanie ucha przed operacją wykazało: Szept 25 cm, silne skrócenie skali słuchu szczególnie dla tonów niskich; próba obrotowa prawidłowa, kaloryczna natomiast zupełnie ujemna. Podczas operacji stwierdzono brak zupełny zewnętrznego przewodu słuchowego kostnego jako też i chrzęstnego przy zachowaniu jamy bębenkowej i prawidłowym wyrostku sutkowym. Zabieg operacyjny polegający na stworzeniu kanału kostnego o średnicy 1 cm, idącego od powierzchni zewnętrznej wyrostka sutkowego w kierunku do jamy bębenkowej, który wyslano platami skórnymi wziętymi z poza małżowiny usznej, w rezultacie otrzymano znaczną poprawę słuchu, która wynosi obecnie 4 mtr na szept.

IV. Prof. *Laskiewicz*: przedstawia przypadek chorego lat 20, który był operowany przed rokiem z powodu przewlekłego ropotoku ucha prawego. Pacjenta przyjęto do kliniki w stanie ciężkim z objawami silnych bólów głowy, szczególnie w okolicy potylicy, zawrotów głowy, połączonych z wymiotami. Od 3-ch miesięcy zauważono u pacj. mowę niewyraźną, przedostawanie się płynów przez nos podczas połykania. Neurologicznie rozpoznano ropień prawej półkuli móżdżkowej, na podstawie następujących danych: prawa źrenica oddziaływuje słabiej na światło niż lewa, oczopląs poziomo-obrotowy we wszystkich kierunkach, przy spojrzeniu w prawo podwójne widzenie. Czucie w zakresie nerwu trójdzielnego częściowo zniesione. Nerw twarzowy prawy wyraźnie porażony centralnie, język zbacza w lewo. Odruchy ścięgniste bardzo żywe, clonus pedis i patellaris zaznacza się silniej po stronie prawej. Babiński obustronnie dodatni. Rossolimo po stronie lewej; napięcie mięśni wiotkie, chód ataktyczny z zataczaniem się w lewo. Tarcza zastoinowa wyraźniejsza po stronie prawej. Wasserm, i S.G. Meinicke ujemny. Nakłócie lędźwiowe; 7,5 cm^3 płynu przeźroczystego, w osadzie limfocyty małe i duże. Ilość ciałek białych we krwi 8,700.

Otoskopijnie: stan po operacji doszczętnej, ziarnina w obfitej ilości w dolnej części jamy bębenkowej, zwłaszcza przy ujściu trąbkowem. Po stronie lewej zmiany nieżytowe. Słuch: po tejże stronie znacznie skrócony. Schwabach $\frac{15}{15}$, Rinne ujemny. Oczopląs samoistny w obie strony, w stronę lewą zmienia się czasem w obrotowy, pionowy, poziomy, o szybkich drganiach. Próba cieplna obustronnie dodatnia. Zbaczanie palca w stronę lewą. Przy operacji stwierdza się oponę

móżdżku o wyglądzie niezmienionym, komórki przy tegmen antri, pokryte ziarniną i masami zgęszczonej ropy. Nakłucie płata skroniowego w 3-ch kierunkach poza płynem bursztynowym lekko mętnym ropy nie wykazało. Opona średn. dołu czaszkowego zgrubiała — napięta, pokryta ziarniną. Założono cienki drenik kapilarny w miejscu nakłucia. Zdjęcie roentg. z płynem kontrastowym (lipjodolem) płata skroniowego z wynikiem ujemnym.

W ciągu następnych dni stan pacjenta zmienił się o tyle, że w 10 dni po zabiegu tarcza zastoinowa na oku prawem znacznie się cofnęła, do — 1—1/2 D, na oku zaś lewem + 1—1/2 D. Objawy spastyczne po prawej i Babiński wyraźniejsze. Z przetoki po założeniu drenu nie wydziela się żadna wydzielina, to też dren kapilarny usunięto. Wobec wykluczenia obecności ropnia płata skroniowego i móżdżkowego utrzymujące się nadal wyżej podane objawy neurologiczne wskazywałyby na obecność guza na podstawie czaszki, prawdopodobnie gdzieś w okolicy mostu.

V. Kol. *Glabisz*: referuje o chorym R. lat 49 zmarłym na *Meningitis purulenta otogenes.* U chorego w dniu przyjęcia na oddział wykonano doszczętną operację ucha środkowego; w trzy dni po pierwszej operacji otworzono błędnik metodą Neumanna Jansesa. Codziennie robiono punkcję lędźwiową i dawano dożylnie do 20 cm^3 Urotropiny. W związku z referowanym przypadkiem prelegent przytacza kilka uwag o wskazaniach do radykalnej operacji względnie do błędnikowej.

W dyskusji zabierali głos kol. Wieleński, kol. Glabisz, Prof. Laskiewicz.

W końcu następuje referat kol. Małeckiego: *Acidoalkaloza eksperymentalna w otorinologji*, który ukaże się w Nowinach Lekarskich.

Dr. Dworczykówna.

Sprawozdanie Sekretarza Sekcji Krakowskiej z działalności naukowej Sekcji za pięciolecie (1928 — 1933) nadesłane w styczniu 1933 r.

Sekcja Krakowska powstała w styczniu r. 1928, a więc obchodzimy pięciolecie naszego istnienia. Jest nas 11 czynnych członków. Urządzamy miesięczne posiedzenia które (dzięki naszemu szanownemu prezesowi p. Prof. Dr. Baurowiczowi) odbywają się na Klinice Oto-laryngologicznej U. J. przy ul. Kopernika. Tematem naszych zebrań są odczyty, demonstracja chorych i dyskusje. Wypełniamy nasze zebrania w ten sposób, że po krótkiem załatwieniu spraw organizacyjno-gospodarczych na początku każdego posiedzenia przypada jeden referat i jedna demonstracja, poczem nawiązuje się dyskusja. System ten okazał się o tyle dobry, bo przekonał nas, że tylko referaty bez demonstracji i dyskusji za bardzo męczą.

Ilość posiedzeń naukowych w ostatnich 2 latach podniosła się z 5 na 9, przyczem i frekwencja członków była coraz lepsza. Ostatnio biorą udział w pracy sekcyjnej prawie wszyscy koledzy. Reszty kolegów nie można było dotychczas zachęcić do pracy. Demonstracje i referaty dzielą p. koledzy w ten sposób, że prawie w różnych częściach biorą w nich udział koledzy z Kliniki Otolaryngologicznej U. J., jakoteż ze Szpitala Izraelitów i O. O. Bonifratrów w Krakowie.

Na ostatniem posiedzeniu naszej Sekcji wybrano nowy Zarząd w następującym składzie: Prezesem pozostał nadal nasz dotychczasowy i zasłużony prezes p. Prof. Baurowicz, na wiceprezesa wybrano p. Dr. Adę Landau na sekretarza i skarbnika p. D-ra Artura Schneebauma. Kończąc to któtkie sprawozdanie, przyrzekamy sobie i Polskiemu Towarzystwu Otolaryngologicznemu następne pięć lat poświęcić gorliwej i owocnej pracy dla dobra Nauki Polskiej.

Równocześnie proszę o umieszczenie tego krótkiego sprawozdania w Polskim Przeglądzie Oto-laryngologicznym, jakoteż o umieszczenie nazwisk członków naszej Sekcji.

Wiadomości bieżące.

1. W bieżącym roku przypada *siedemdziesięciolecie urodzin* wybitnego otolaryngologa czeskiego prof. *Vymoli* który położył wielkie zasługi w dziele organizacji opieki i lecznictwa głuchoniemych w Czechosłowacji. Sędziwemu i czcigodnemu nestorowi otolaryngologów czechosłowackich Redakcja zasyła serdeczne życzenia jeszcze długiej i owocnej pracy w umiłowanej dziedzinie.

2. Dr. Jan Miodoński st. asystent Kliniki Otolaryngologicznej U. J. w Krakowie uzyskał *Veniam legendi* z dziedziny otolaryngologji. Praca habilitacyjna Doc. Miodońskiego nosi tytuł „Odczyny Galwaniczne systemu Przedsionkowego w świetle badań eksperymentalnych i klinicznych".

3. W pierwszych dniach września r. b. odbędzie się Międzynarodowy Kongres przeciwgruźliczy w Warszawie. Jednym z głównych referentów z ramienia Polskiego Związku Przeciwgruźliczego został wyznaczony Prof. Karwacki, który referować będzie o postaciach niekwasoodpornych zarazka gruźliczego.

4. VI Kongres Międzynarodowego T-wa Logopedji i Phoniatrji odbędzie się w dniach 5—7 września r. b. w Budapeszcie.

5. Doroczny Zjazd Niemieckich Otolaryngologów odbędzie się w dniach 15—18 Maja r. b. w Würzburgu. Tematem Zjazdu będzie: „Otorhinologiczne rozpoznanie guzów mózgu".

6. Doroczne Walne Zgromadzenie Polskiego T-wa Otolaryngologicznego odbędzie się w końcu Września r. b. we Lwowie. Programowym Tematem Zjazdu będzie: Neuritis retrobulbaris, a schorzenia bocznych zatok nosa.

Szczegółowsze dane, dotyczące dokładnego terminu Zjazdu oraz osób referentów głównych podane zostaną w numerze następnym. Pożądanem byłoby, ażeby wszystkie albo przynajmniej większość zgłaszanych referatów dotyczyła również tematu głównego.

7. Pomiędzy 2 — 5 września odbędzie się w Stockholmie Zjazd Międzynarodowego Towarzystwa Collegium Oto-rhino-laryngologicum Amicitiae Sacrum.

Résumé des articles.

J. Miodoński. Sur les abcès otogéniques du cerveau et du cervelet d'après les matériaux réunis de 1928 — 1932 à la Clinique O.R.L. cracovienne.

La première partie du travail donne la déscription de 5 cas de l'abcès du cerveau.

L. Abramowicz, T. Epsteinówna et Z. Milińska - Szwojnicka. La réaction d'agglutination dans le sérodiagnostic du sclérome.

Pour la réaction d'agglutination avec le sérum des malades scléromateux les auteurs ont employé des souches du bacille de Frisch non muqueuses et dépourvues de capsules, obtenus sous l'influence du bactériophage spécifique. On a observé des résultats positifs à un taux de 1:3200. Le contrôle de la réaction avec le sérum des malades nonscléromateux était dans tous les cas négatif.

B. Światłowski. Sur le traitement chirurgical de la fistule trachéale posttrachéotomique.

C'est la modification de la méthode de Thost et de Hueter dont la différence consiste à suturer les lambeaux cutanés enfoncés à l'intérieur et accolés par leur face membraneuse et les muscles prétrachéaux.

W. Jankowski. Amygdaléctomie et ses complications.

Dans les 9 dérnières années on a exécuté dans la clinique O.R.L. à Lwów 1022 amygdalectomies. Les indications étaient suivantes: l'inflammation chronique des amygdales, les angines aiguës récidivantes ou les abcès péritonsillaires, et les affections où l'on ne pouvait trouver d'autres causes. On avait observé 4 cas mortels dont un malade était moit à la suite d'un phlegmon profond du cou; la ligature de la carotide commune fut suivie de l'hémiplégie; le deuxième cas a été perdu à la suite d'une insuffisance cardiaque, le troisième à cause d'un érysipéle secondaire, ce cas concernait un diabétique avec la pneumonie consécutive. Dans le quatrième cas le malade qui fut atteint d'hémophilie succomba malgré la transfusion du sang.

M. Łączkowska. L'influence des affections de l'oreille sur l'origine des troubles de la langue chez les enfants à l'âge scolaire.

Parmi les 1310 enfants qui au cours de la derniére année scoaire 1932 — 1933 ont consulté pour des troubles de la langue à la

clinique O. R. L. á Poznań il y a 115 enfants, chez lesquels on a pratiqué l'examen oto-rhino-laryngologique. En 80 — 90 p. c. de ces cas on a trouvé les diverses affections des oreilles avec la perception auditive diminuée.

B. Dylewski. La fissure sousmuqueuse du palais associée au développement défectueux des autres organes.

L'auteur présente deux cas personnels. Un malade avait une malformation bilatérale de l'oreille. Dans l'autre cas il s'agissait d'une malade avec fissure sousmuqueuse du palais chez laquelle on a constaté un developpement défectueux du sein.

H. Lewenfisz. Sur le choix de la méthode opératoire dans les cas de lésions inflammatoires aiguës et chroniques des sinus frontaux.

Cette partie du travail traite la pathogénie et la symptomatologie des affections aiguës et chroniques du sinus frontal.

B. Dylewski. Le broncholaryngoscope. Un tube bronchoscopique perfectionné.

L'auteur a modifié un simple tube bronchoscopique de telle facon que ce-ci peut être employé comme un broncholaryngoscope. On a enlevé une partie de la paroi du tube à la hauteur des cordes. Par cette fenêtre on peut facilement examiner et opérer toutes les parties du larynx, même la paroi postérieure de l'épiglotte et les parties sousglottiques, qui ordinairement ne sont pas visibles dans les directoscopes ordinaires. Une fente faite le long de la moitié supérieure du tube bronchoscopique facilite l'introduction des instruments à la hauteur de la base de la langue sans empêcher d'observer leurs mouvements et sans retrécir le champ visuel.

J. Szmurło. Un cas de fibrome naso-pharyngien énorme chez un malade de 21 ans. Opération. Guérison.

Déscription d'un cas de fibrome énorme du naso-pharynx chez un malade de 21 ans dont le point de départ était la sinusite maxillaire droite. La tumeur remplissant le sinus maxillaire droit, la narine droite, le naso-oro et laryngopharynx et la bouche, la respiration en position couchée était impossible, la déglutition tres défectueuse. Opération par la méthode de Denker aprés une trachéotomie préalable pour l'extraction du prolongement sinusal et nasal, les prolongements pharyngés et

buccaux furent enlevés à l'aide d'une forte pince courbe de Jurasz. Guérison. Structure anatomique: Polype fibreux oedematié enflammé.

T. Wąsowski. Sur la question de l'étiologie des bouchons de cérumen récidivants.

L'auteur á base de 4 cas personnels de cette affection, où on a trouvé dans le sang l'augmentation trés marquée de cholestérine, souligne la possibilité de la cause endocrinienne dans l'étiologie des bouchons de cérumen récidivants.

N. Wołkowyski. Une lampe frontale trés pratique.

C'est une lampe-réflecteur avec un petit miroir parabolique qui donne les rayons parallèles. Pendant l'examen ou les opérations on peut utiliser des transformateurs ou bien de petites batteries éléctriques.



S. p. Dr. med. Bronisław Grocholski

Wspomnienie pośmiertne.

Dnia 28 maja r. b. cicho rozstał się z tym światem ś. p. Dr. med. *Bronisław Grocholski*, pogrążając w żałobie nietylko rodzinę, lecz wszystkich, którym losy pozwoliły bliżej z nim się zetknąć.

Był on w społeczeństwie naszem postacią powszechnie znaną i cenioną.

Potomek zamożnej, arystokratycznej rodziny kresowej, człowiek wielkiej pracy i wiedzy — osiągnął On dość wcześnie wszystko, o czem tylko lekarz może marzyć.

Na uniwersytecie moskiewskim otrzymał tytuł naukowy; kolejno zajmował stanowisko ordynatora oddziału, później zaś Dyrektora

Szpitala. Szarżą sięgał najwyższych szczebli hierarchji wojskowej, jaka była dostępna polakowi w Rosji. W Moskwie gdzie podówczas praktykował, cieszył się olbrzymiem wzięciem.

Porzuciwszy świetną karjerę, powrócił do kraju, by tu wychować synów i nieść ofiarną pracę odrodzonej ojczyźnie. Służył w Wojsku Polskiem, a później pracował w Klinice U. W., gdzie położył wielkie zasługi dla jej rozwoju.

W życiu prywatnem był zawsze równy, pogodny, nie narzucający się ze swem zdaniem, a jednak pełen godności, co zjednywało Mu posłuch i szacunek.

Na wszystko miał swój własny pogląd, od którego nie odstępował, nie znał kompromisów, był zawsze szczerym i dobrym człowiekiem.

Losy zrządziły, iż prochy jego spoczęły w ziemi, lecz myśl o Nim i wspomnienie współpracy zostaną w sercach tych, którzy Go znali i kochali, — nazawsze drogie i świetlane.

Cześć Jego pamięci,.

W. Gumiński.

W czerwcu 1934 r.

Ś. p. Dr. Jan Sędziak

(Wspomnienie pośmiertne).

Dwa lata i pół upłynęły od chwili zgonu ś. p. D-ra Sędziaka i dziś dopiero składam od Redakcji Przeglądu Otolaryngologicznego garść wspomnień zamiast kwiatów na mogiłę Zmarłego.

Ś. p. Jan Sędziak należał do laryngologów drugiego okresu rozkwitu otolaryngologji, kiedy, zdobywszy sobie samodzielne miejsce pośród specjalnych gałęzi medycyny, zaczęła ona rozszerzać swój zakres i pogłębiać studja nad poszczególnemi zagadnieniami.

W latach dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia, kiedy ś. p. Sędziak rozpoczynał swoją działalność lekarską i naukową, laryngologja łączyła się przeważnie z kliniką wewnętrzną. Koryfeuszami jej na Zachodzie byli wówczas Gouguenheim we Francji, Gerhardt w Niemczech, Schrötter w Austrji, Felix Semon i Morell Mackenzie w Anglji. Jurasz, który wówczas pracował w Heidelbergu, obok laryngologji uprawiał choroby dziecinne. U nas, na terenie Warszawy i Krakowa reprezentowali laryngologję Karwowski, Sokołowski i Heryng w Warszawie, Pieniążek w Krakowie, wszyscy oni czerpali wiedzę otolaryngologiczną u jej źródła, w Wiedniu, w klinice wewnętrznej Schröttera i Störcka, przy której tylko było ambulatorjum dla chorych z cierpieniami ucha, nosa, gardła i krtani. Później na samodzielnych placówkach, mając jak Karwowski i Sokołowski pod swoim kierownictwem oddziały wewnętrzne, studjowali przeważnie laryngologję w jej stosunku do cierpień wewnętrznych i tylko ci, co pozostali przy ambulatorjach laryngologicznych bez stałych łóżek na oddziałach wewnętrznych siłą rzeczy musieli zmienić kierunek i zejść na drogę chirurgiczną, która otwierała przed laryngologją bardzo szerokie horyzonty, rokujące wielkie nadzieje.

Ś. p. Sędziak, uczeń Sokołowskiego, początkowo łączył laryngologję z intenną, jak to się działo na oddziale wewnętrznym szpitala św. Ducha w Warszawie. Tu zresztą wobec wyraźnej specjalizacji Sokołowskiego, ucznia Brhemera, w dziedzinie chorób dróg oddechowych na oddziale znajdowało się dużo chorych z cierpieniami krtaniowemi i najczęstszą z nich i najpospolitszą gruźlicą krtani i płuc. Dało to możność Sędziakowi, jak i każdemu uczniowi Sokołowskiego, zdobyć w tej dziedzinie dużo doświadczenia klinicznego. Po opuszczeniu oddziału Sokołowskiego pracuje on w ambulatorjum szpitala św. Rocha, bierze udział w redakcji Kroniki Lekarskiej i rozpoczyna ogłaszać prace z dziedziny chorób nosa, gardła i krtani. Ciekawe są

jego studja nad przegrodą nosową, nad wyroślami adenoidalnemi; opracowuje on szczegółowo mało jeszcze wówczas znaną w polskiem piśmiennictwie sprawę porażenia nerwu zwrotnego, ogłasza studjum kliniczne z szerokiem uwzględnieniem bakterjologji o anginie dołkowej i mieszkowej oraz szereg ciekawych przypadków kazuistycznych. W roku 1898 Sędziak ogłasza monografję w języku francuskim o raku krtani, opartą na szerokich studjach klinicznych i teoretycznych: Praca ta przynosi mu nagrodę Wydziału Lekarskiego w Tuluzie i szeroki rozgłos w całym świecie naukowym. Monografja ta, w której autor zebrał i zestawił wszystkie ogłoszone w ówczesnej literaturze przypadki raka krtani i wyniki różnych zabiegów operacyjnych w celu jego leczenia, wywarła w swoim czasie duże zainteresowanie, a wyniki zestawień Sędziaka zostały uwzględnione we wszystkich dziełach i podręcznikach, traktujących o raku krtani prawie do ostatnich czasów, a więc w pracach Glucka, Chiariego, Sörensena, Hajeka i innych. Później autor uzupełnił swoje badania jeszcze raz nowemi przypadkami i ogłosił je w prasie specjalnej zarówno krajowej jak i zagranicznej. Około roku 1893 ś. p. Sędziak wydał dwa podręczniki, traktujące o chorobach nosa, jamy ustnej i przełyku. Były to pierwsze polskie podręczniki z dziedziny otolaryngologji zupełnie odpowiadające współczesnych wymaganiach nauki, i tem się bardzo przysłużył polskiej otolaryngologji. W końcu ubiegłego stulecia Sędziak udał się zagranicę i dłuższy czas przebywał w Anglji, gdzie pracował pod kierownictwem słynnego Felixa Semona, jednego z najwybitniejszych laryngologów współczesnych, którego był asystentem w ciągu paru lat. Odbył dłuższą wycieczkę do Stanów Zjednoczonych i tam zapoznał się z amerykańskiemi sferami otolaryngologicznemi. Liczne prace jego, pisane po angielsku, zyskały mu rozgłos zagranicą, zwłaszcza w Anglji i Stanach Zjednoczonych, dzięki czemu został później zaszczycony tytułem członka honorowego Amerykańskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego. Po powrocie do kraju pracował dużo i pozostawił liczne artykuły w prasie otolaryngologicznej. Co parę lat czynił zestawienia z wyników prac otolaryngologów polskich w dziedzinie specjalności i prace te później ogłaszał w obcych językach, wskutek czego przyczynił się wielce do spopularyzowania prac polskich otolaryngologów na terenie międzynarodowym i to należy uznać również za wielką zasługę Zmarłego.

W roku 1913 ogłosił w numerze jubileuszowym Gazety Lekarskiej, wydanym ku uczczeniu 40-lecia pracy naukowej Dr. Alfreda Sokołowskiego artykuł o mięsakach nosa, opartą na spostrzeganym przez siebie materjale i tu również zebrał bogatą literaturę, istniejącą

do tego czasu w tym przedmiocie i podał liczne dane statystyczne w tej sprawie. Była to jedna z ostatnich jego większych prac. Po śmierci prof. Pieniążka miał być powołany na katedrę otolaryngologji w Krakowie, jednakże zaszły okoliczności, które tę kandydaturę uczyniły nierealną. Po wojnie zamilkł zupełnie i dopiero w roku 1925 na propozycję Amerykańskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego, którego był członkiem honorowym, wyjechał na uroczyste posiedzenie tego T-wa do New Yorku, gdzie wygłosił przemówienie o polskiej otolaryngologij. Pozostawił po sobie przeszło 60 prac naukowych w polskim i obcych językach i dwa wyżej wspomniane podręczniki. Cześć Jego pamięci!

J. Szmurło

Spis prac ś. p. d-ra Jana Sędziaka w porządku chronologicznym do 1898 r.

Rok 1888.

1) O leczeniu suchot płucnych kreozotem. Gaz. Lek. Nr. 7—8.

2) Wstrzykiwania miąższowe kreozotu w suchotach płucnych. Gazeta Lekarska Nr. 30.

Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w tchawicy. Gaz. Lek. Nr. 6.

Rok 1889.

4) Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w drogach oddechowych, oraz w przewodzie pokarmowym. Gazeta Lekarska Nr. 31.

5) O leczeniu t. zw. suchot krtaniowych wraz z uwagami o gruźlicy krtani pierwotnej, oraz wyleczalności takowej. Kronika Lekarska.

6) On the treatment of the so called phthisis of the larynx with remarks on primary laryngeal tuberculosis and its curability. Jour. of. Laryng.

7) Sixty secod Congress of German Physicians and Naturalists, held at Heidelberg. September 17—23—1889. (Section of Laryngology aud Rhinology). Journal of Laryngology etc.

8) O stanie laryngologii w Londynie na podstawie osobistych spostrzeżeń. Gazeta Lekarska Nr. 36 etc.

9) Intubacya krtani (metoda O'D w y e r'a). Gazeta Lekarska Nr. 45

Rok 1890.

10) Leczenie przerostu migdałków (*hypertrophia tonsillarum*). Kron. Lek.

11) Kwas trójchloroctowy (*acidum trichloraceticum*) w chorobach gardła, krtani, nosa i uszów. Gazeta Lekarska Nr. 34.

12) W kwestyi rozpoznawania, oraz leczenia t. zw. wyrośli adenoidalnych w jamie nosogardzielowej. Gazeta Lekarska Nr. 50.

Rok 1891.

13) O zboczeniach przegrody nosa. Przegląd Lekarski.

14) Deviations of the nasal septum. Journal of Laryngology etc.

15) Analysis of nine cases of tuberculosis of the larynx treated with K o c h's lymph—(together with Dr. S o k o ł o w s k i. Journal of Laryngology etc.

Rok 1892.

16) Kilka uwag w kwestyi stosowania galwanokaustyki w chorobach gardła, krtani, nosa i uszów. Kronika Lekarska.

17) Przypadek t. tw. „*angina ulcerosa benigna*". Przegląd Lekarski.

18) Ein Fall der sogenannten „*angina ulcerosa benigna*". Monatschrift für Ohrenheilkunde.

19) Drugi przypadek t. zw. „*anginae ulcerosae benignae*". Nowiny Lekarsk

20) A second case of so called „*angine ulcerosae benignae*". Journal of Laryngolohy etc.

21) Przyczynek do kwestyi t. zw. krupu nosa (*rhinitis crouposa s. fibrinosa*). Nowiny Lekarskie.

22) Contribution to the question of so called croup of the nose. Journal of Laryngology etc.

23) Niezwykły przypadek „*sarcomata multiplicia cutis et limphosarcoma tonsillae dextrae*". Gazeta Lekarska Nr. 44.

24) Ein ungewöhnlicher Fall von „*Sarcomata multiplicia cutis et lymphosarcoma tonsillae dextrae*". Monatschrift für Ohrenheilkunde Nr. 10.

25) Krup, czyli dyfteryt nosa (*rhinitis fibrinosa, aut diphteritica*). Gazeta Lekarska Nr. 34.

Rok 1893.

26) Quelques remarques sur l'emploie de l'anse galvanocaustiqua dans l'hypertrophie des amygdales. Revue de Laryngologie etc.

27) Croup, oder Diphtheritis der Nase? Monatschrift für Ohrenheilkunde Nr. 3 etc.

28) Leczenie skrytych postaci ropotoków zatok bocznych nosa. Przegląd Chirurgiczny Nr. 2.

29) Przyczynek do leczenia gruźlicy krtani *resp.* płuc zapomocą podskórnych zastrzykiwań tiozanaminy. Pamięt. Tow. Lek. Nr. 4.

Rok 1894.

30) The treatment of tuberculosis of the larynx and lungs by means of subcutaneous injections of thiosinamin. Journal of Lar. Nr. 3 etc.

31) Przyczynek do etiologii t. zw. czarnego języka. Przegląd Cirurgicz. N. 2.

32) Rozpoznanie skrytych postaci ronni zatok bocznych nosa. Gaz. Lek. Nr. 15 — 17.

33) Beitrag zur Aetiologie der sogenannten schwarzen Zunge. Monat schrift für Ohrenheilkunde Nr. 5.

34) Contribution à l'etiologie de la soi disant langue noire. Revue de Laryngologie Nr. 7.

35) Przyczynek do etiologii t. zw. „*angina follicularis*" (odczyt wygłoszony po angielsku na zjeździe międzynarodowym w Rzymie). Gazeta lekarska Nr. 31.

36) Przyczynek do etiologii t. zw. „*angina follicularis*" (według odczytu rzymskiego). Nowiny lekarskie Nr. 9 etc.

37) Beitrag zur Aetiologie der sogenannten „*angina follicularis*". Archiv für Laryngologle II--13—24.

38) Kilka uwag w kwestyi t. zw. torebkowatego zapalenia gardzieli (*angina follicularis*), oraz jego stosunku do błonnicy. Kronika Lekarska Nr. 5.

39) Przyczynek do kazuistyki guzów w jamie nosogardzielowej. Kronika Lekarska Nr. 5.

40) Beitrag zur Casuistik der nasopharyngealen Tumoren. Monatschrift für Ohrenhetkunde Nr. 6.

41) Contribution à la casuistique des tumeurs de la cavité nasopha ryngienne. Revue de Laryngologie etc.

42) XI-ty zjazd międzynarodowy lekarski w Rzymie. Kron. Lek. Nr. 5.

Rok 1895.

43) Przyczynek do leczenia gruźlicy płuc zapomocą podgłośniowych wstrzykiwań płynów antyseptycznych. Kronika Lekarska.

44) Some remarks upon so called follicular angina and its relation to diphtheria. Journal of laryngology.

45) Niezwykły przypadek przymiotu migdałków. Kronika Lekarska.

46) Cas extraordinaire de syphilis des amygdales. Revue de Lyryngol.

Rok 1896.

47) Zapalenie stawów obrączkonalewkowych pochodzenia reumatycznego (*arthritis crico-arythenoidea rheumatica*). Gazeta Lekarska Nr. 2.

48) Przyczynek do kazuistyki guzów krwawiących przegrody nosa. Kronika Lekarska.

49) Contribution to the etiology of bleeding tumours of the nasal septum. Journal of Laryngology. Nr. 3.

50) Inflammazione delle articolazioni erico aritnoidee d'origine reumatica. Archivo italiana di otologia, rhinologia laryng. Nr. 2.

51) Entzündung der crico-arythenoidalen Galenke rheumatischen Ursprungs. Arch. f. Lar. I—B. II H.

52) Ein ungewöhnlicher Fall von Soor der Mundhöhle, des Nasenrachenraumes und des Larynx. f. Lar. IV—13, III H.

Rok 1897.

53) W kwestyi samoistnego wyleczenia ropnia zatoki szczękowej górnej (*sanatio spontanea empyematis antri Highmori*). Kronika Lekarska.

54) Sulla questione della guarigione spontanea dell'empiema dell'antromascellare. Arch. ital. di otol rin. e laring. V. V.

55) Niezwykły przypadek pleśniawek (*soor*) w jamie ustnej, nosogardzieli i krtani. Gazeta Lekarska.

56) Nowotwory złośliwe krtani (raki, mięsaki), ich rozpoznanie, oraz leczenie (Praca nagrodzona na konkursie międzynarodowym w Tuluzie). Przegląd Chirurgiczny. T. III. Z. 2 i 3.

57) Die bösartigen Geschwülste des Kehlkopfes und ihre tadicale Behandlung, dargestellt auf Grund einer von der medicinischen Gesellschaft tn Toulouse preisgekrönten Arbeit und einer in den Jahren 1894 - 1896, unternommenen Sammelforschung. Wiesbaden.

58) Contribution to the treatment of deaf mutism by operation on the so called adenoid vegetations. Journal of Laryng. N. 4.

59) O wynikach operacyjnego leczenia t. zw. wyrośli adenoidalnych w jamie nosogardzielowej. Gazeta Lekarska.

60) O zastosowaniu mięsienia drgawkowego (*Vibrations—massage*—BRAUN innere *Schleimhaut—massage*—LAKER) w chorobach gardła, krtani, nosa i uszów. Nowiny Lekarskie.

Dr. med. Leon Zamenhof

(Wspomnienie pośmiertne).
(31.X 1875 — 7.II 1934).

Z ciężkim bólem serca i głębokim żalem, niemającym nawet w czasie ukojenia, biorę pióro do ręki, ażeby skreślić zasługi kolegi Zamenhofa, który, niestety, zawcześnie odszedł w zaświaty.

Gdy wspomnę o 10 latach współpracy b. p. Dr. Zamenhofa na moim oddziale w szpitalu na Czystem, błogosławię los, który dał mi możność bliżej zetknąć się z lekarzem tej miary, i móc powoli wykształcić specjalistę nieprzeciętnego, jakim był dr. Leon Zamenhof.

Obdarzony z natury krytycyzmem, brał się do każdej rzeczy z wyjątkową ostrożnością, pamiętając zawsze, że salus aegroti suprema lex esto, do siebie z największym odnosił się krytycyzmem.

Sztandar etyki lekarskiej miał w nim najwłaściwszego chorążego, gdyż reagował nawet na najdrobniejsze uchybienia ze strony lekarzy, to też wszyscy oddawali mu hołd i cenili w nim jego potężne wartości moralne.

Stowarzyszenia lekarskie nieraz dawały dowód jego wartości, wybierając go niejednokrotnie na sędziego w sprawach honorowo-lekarskich.

Urodził się b. p. Leon w Warszawie, z ojca profesora gimnazjum, a kultura naukowa w rodzinie jego stała na bardzo wysokim poziomie.

Dość wspomnieć wszechświatowej sławy brata jego Ludwika, twórcy języka międzynarodowego esperanto, który w obecnej chwili ma już miljony zwolenników w swych szeregach.

Dobroć charakteru w rodzinie Zamenhofów jest wybitną cechą wszystkich członków, to też i twórca języka esperanto miał na celu zgodne współżycie ludów między sobą, najidealniejszym był on bowiem pacyfistą.

Gimnazjum i uniwersytet ukończył w Warszawie.

Po powrocie z wojny japońskiej, zostaje lekarzem miejscowym w szpitalu na Czystem i jednocześnie wstępuje na oddział otorynolaryngologiczny w charakterze pierwszego asystenta. Po upływie roku wyjeżdża na kilka miesięcy do Paryża, celem udoskonalenia się w lecznictwie słuchowo-upośledzonych.

Wciągu długich lat asystentury w szpitalu, prawie do wybuchu wojny wszechświatowej, napisał kilka prac z otolaryngologji. Prace te mają i mieć będą dużą wartość naukową. Przedewszystkiem należy wyróżnić następujące prace: 1) Stosowanie injekcji alkoholu w gruźlicy krtani.

2) Z kliniki chorób błędnika.

3) Gruźlica ucha.

4) Przypadek operacji na błędniku.

5) Pansinusitis ropne.

6) O terapji zastępczej głuchoty nieuleczalnej.

7) O seroaglutynacji w gruźlicy.

8) O zaburzeniach głosu, pochodzenia czynnościowego.

9) Uwagi o przewodnictwie kostnem oraz o modyfikacji prób Webera i Gelle'go.

10) Radiografja w chorobach uszu.

11) Światłolecznictwo w ropnych zapaleniach ucha środkowego u dzieci.

12) O fonetycznem leczeniu głuchoty.

13) Przyczynek do rozpoznawania patogenezy samoistnej, czuciowej.

14) Przyrząd automatyczny do przepłukiwania ucha.

15) Uproszczona metoda ilościowego oraz jakościowego badania słuchu. (Praca nagrodzona na konkursie Polskiego Towarzystwa Otorinolaryngologicznego).

16) Mowa ludzka w wykresach.

17) O nauczaniu słuchowo-upośledzonych dzieci w szkołach.

Z przeglądu tych najważniejszych prac widzimy, że Zamenhofa bardzo interesowały sprawy, dotyczące upośledzenia słuchu, głównie u dzieci. Poświęca on temu zadaniu dużo czasu, gdyż był jednocześnie wiceprezesem i duszą instytucji p. n. Szkoła dla głuchoniemych żydów w Polsce, tak, że właściwy kierunek leczniczy tej instytucji, mieszczącej się przy ul. Sliskiej, spoczywał w ręku Zamenhofa.

Prócz prac czysto lekarskich, klinicznych i teoretycznych z pod pióra Zamenhofa wyszły prace o treści filozoficznej i społecznej. Interesowało go zagadnienie Kas Chorych, dał temu wyraz w pracy odpowiedniej. Również sprawy błędów lekarskich i etyki lekarskiej znalazły w nim swego wyraziciela. Jedna z większych prac z ostatniej doby p. t. Dzieje medycyny w życiorysach, aforyzmach i anekdotach od Hypokratesa do okresu nowoczesnego. Rzecz ta wyszła w osobnej książce.

Po zestawieniu prac, drukowanych przez Zamenhofa, możemy śmiało rzec, że medycyna polska, straciła w Nim pracownika pierwszorzędnego znaczenia i wartości. Imię Jego trwałemi zgłoskami zapisane będzie w dziejach polskiej literatury medycznej.

Cześć Jego świetlanej pamięci.

Leopold Lubliner
Konsultant hon, Szp. na Czystem.